

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 33

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES SPONTANÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 décembre 1929

PAR

Robert-Alfred-Eugène LAFOLIE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BREST (Finistère), le 18 juin 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		VILLEMEN, professeur	Juges.
		CHAVANNAZ, professeur	
		DUBECQ. agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 33

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES SPONTANÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 décembre 1929

PAR

Robert-Alfred-Eugène LAFOLIE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BREST (Finistère), le 18 juin 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		VILLEMEN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		CHAVANNAZ, professeur	
		DUBECQ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

—
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANE LONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Potanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		



COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MERE

A MON PERE — A MA MERE

Bien faible hommage de ma reconnaissance infinie pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au moment de parvenir à l'instant solennel de la soutenance de notre thèse, c'est pour nous un bien doux devoir que de remercier tous ceux qui nous ont aidé à mener à bien nos études médicales.

Nous offrons ce premier travail à nos parents en signe de notre infinie reconnaissance.

Nous remercions nos Maîtres de Brest, aussi bien nos Professeurs de l'Ecole annexe qui ont su, par leur enseignement si avisé, nous rendre faciles nos débuts dans la médecine, que MM. les Docteurs Pouliquen, Commenge et de la Marnierre dont les conseils éclairés nous ont été si utiles dans l'accomplissement de notre thèse.

Nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux pourront voir ici l'hommage de nos respectueux remerciements pour les préceptes si sûrs et si nombreux qu'ils nous ont donnés. Nous garderons de l'accueil que nous a fait M. le Professeur Chavannaz un souvenir immuable et nous prions M. le Professeur Duvergey, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de croire à notre très dévouée gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES

SPONTANÉES

INTRODUCTION

On décrit sous le nom de fistule vésico-intestinale toute communication anormale et permanente, directe ou indirecte, congénitale ou acquise, entre la vessie et un segment quelconque de l'intestin.

Telle est la définition formulée par les livres classiques.

Les fistules vésico-intestinales sont des affections rares.

Elles peuvent survenir à la suite d'un traumatisme accidentel ou chirurgical (fistules traumatiques) ou résulter de l'évolution spontanée d'un processus inflammatoire ou néoplasique (fistules non traumatiques ou spontanées).

Nous laisserons complètement de côté les fistules traumatiques. Les fistules spontanées feront seules l'objet de notre travail.

Nous passerons en revue d'abord les fistules vésico-intestinales non traumatiques en général, tant au point de vue étiologique et anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique.

Ensuite, nous étudierons chaque variété de fistules spontanées, insistant surtout sur le traitement qu'on peut leur appliquer.

HISTORIQUE

Les fistules vésico-intestinales étaient très mal connues dans l'antiquité. On trouve bien l'observation de Praxagore dans le livre de Ruphus d'Ephèse intitulé : *De vesicae renumque affectibus*.

« J'ai vu, dit Praxagore, un homme qui rendait l'urine par l'anus et qui a vécu avec ce symptôme douze ans; j'ai d'ailleurs vu plusieurs cas de cette espèce. »

Mais les premiers cas publiés remontent au xv^e siècle; parmi eux le cas du médecin de Shenckius, en 1600 : un néoplasme du rectum, ayant envahi et perforé la vessie, vérifié à l'autopsie.

On ne s'attache guère à l'étude de ces fistules jusqu'au xix^e siècle, car on les croit incurables.

Au xix^e siècle paraissent de nombreux travaux avec autopsies de Boyer, Larrey, Richerand et Cloquet, Mercier, en France; Salmon, Glen, Hingeston, en Angleterre.

En 1841, Sédillot relate une observation où une vessie communiquait par une ouverture étroite avec un abcès situé autour d'un cæcum ulcéré.

Le tableau clinique des fistules vésico-intestinales se dégage de ces différentes observations et se complète peu à peu.

Le traitement est également à l'étude, mais l'état de la chirurgie de l'époque ne permet pas toujours aux auteurs de l'appliquer.

Desault, pour les fistules vésico-rectales, recommande de sectionner les parties molles, rectum compris, à partir de la fistule.

D'après Chopart, la cause de la fistule est toujours un cal-

cul ou un corps étranger qu'il faut enlever. On met ensuite une sonde à demeure et on fait de la compression rectale.

En 1843, paraissent les considérations de Barbier de Melle sur le diagnostic et le traitement :

« Au moyen d'un bec de sonde promené avec intelligence et ménagement, une main exercée pourra découvrir, après des recherches attentives, si la communication avec la vessie est unique ou multiple; avec de l'habitude et de l'exercice, on pourra, de cette manière, compter pour ainsi dire les ouvertures, si elles ne sont pas trop nombreuses. »

Et, pensant que c'est presque toujours le cœcum qui est en cause, Barbier de Melle propose de créer d'abord un anus artificiel sur cette partie du gros intestin. Quand cet anus fonctionnera bien, on placera par cette ouverture une sorte de canule qui, pénétrant dans la lumière intestinale, détournera les matières depuis la fin de l'iléon.

Quand on sera certain que la fistule vésico-intestinale est fermée, on supprimera la canule et on fermera l'anus artificiel.

La première étude d'ensemble est la thèse de Blanquinque en 1870.

- Dans les années qui suivent, les auteurs préconisent diverses interventions et voies d'accès.

En 1884, Duménil propose la colostomie. La même année, Le Dentu a l'idée d'opérer par la voie transvésicale.

Peu de temps après arrivent un travail de Rotter, une clinique du Professeur Boursier.

En 1888, Czerny fait la laparotomie, mais le résultat est nul.

En 1890, Reginald Harrison conseille la cystostomie.

En 1894, Pousson, à Bordeaux, applique l'idée de Le Dentu. Il pratique, le premier, la suture de l'orifice fistulaire en passant par la vessie. Il obtient ainsi une amélioration très notable et règle les différents temps de l'opération.

En 1897-1898, Chavannaz publie, sur la question, les travaux les plus importants depuis la thèse de Blanquinque. Après une étude très approfondie du tableau clinique, il oppose aux

différentes sortes de fistules vésico-intestinales un traitement approprié.

En 1897-1898, Tuffier et Dumont décrivent les fistules appendiculo-vésicales.

Paraissent ensuite :

La thèse de Vladoff (1898);

La thèse de Damien Masson (1898);

La thèse de Mikailoff, qui signale les fistules d'origine actinomycosique (1899);

La thèse de Pascal (1900);

La thèse de Maximilien Henry Apperte (1903);

La thèse de Person (1906);

Puis la thèse de Walter Heine sur les fistules diverticulo-vésicales, confondues jusque-là avec les néoplasmes du gros intestin;

Le travail de Wolkovitsch, qui, chez la femme, fait l'opération plastique à l'aide du col de l'utérus;

En 1912, le travail de Pristavesco, les thèses de Caillet et de Guyonneau.

En 1923, le travail de Blanc et Negro;

En 1926, paraissent le travail de Swinghedauw et la thèse de Ghouila-Houri;

En 1927, la thèse de Leymarie qui cite une observation de fistule vésico-intestinale syphilitique;

En 1929, la thèse de Billaut sur les perforations vésicales d'origine appendiculaire.

ETIOLOGIE

Au point de vue étiologique, les fistules vésico-intestinales spontanées peuvent être divisées en plusieurs groupes :

- Les fistules inflammatoires;
- Les fistules cancéreuses;
- Les fistules tuberculeuses;
- Les fistules syphilitiques;
- Les fistules actinomycosiques;
- Les fistules consécutives à une ulcération typhique ou dysentérique.

1° FISTULES INFLAMMATOIRES. — Les fistules d'origine *inflammatoire* sont les plus nombreuses.

Pascal [84], dans sa thèse, sur 286 observations, cite 136 cas de fistules inflammatoires.

a) Sur ces 136 cas, 59 sont d'origine *intestinale* : La communication de l'intestin avec la vessie a lieu, sauf pour une portion du rectum, par des lésions de péritonite intermédiaire plus ou moins localisée, créant des adhérences qui limitent, avec les organes abdominaux en général, des trajets fistuleux ou des cavités purulentes dans lesquelles viennent s'ouvrir à la fois une ou plusieurs anses intestinales d'une part et la vessie d'autre part.

Ces 59 observations se classent de la manière suivante,

d'après leur point de départ et le siège de la lésion intestinale :

- Intestin grêle, 7;
- Cæcum et appendice, 14;
- Côlon, 9;
- Rectum, 29.

Il cite 1 cas où la fistule siégeait sur un diverticule de Meckel calcifié (Obs. de Beach [10]) et 1 cas de diverticule du rectum ouvert dans la vessie.

Mais, dans ces dernières années, le chapitre des diverticulites s'est agrandi, grâce aux travaux de W. Heine [60], de Pristavescio [93], de Swinghedauw [111]. Il faut leur faire une plus large part dans l'étiologie des fistules vésico-intestinales : observations de Sydney-Jones [112], de Herczel [61], de Rowlands, de Lockart Mummery, de Garnet Wright [46].

b) 34 cas sont d'origine *vésicale*.

Ils se répartissent ainsi :

6 cas de cystite chronique consécutive à la présence de *calculs primitifs*. Il est admis que dans ces cas la communication anormale entre la vessie et l'intestin est surtout due à la cystite calculeuse et non aux calculs, sauf cependant le cas du calcul enchatonné dans une cellule vésicale, l'action ulcéreuse du calcul pouvant être admise (cas de Mercier, 1836, *in* Pascal [obs. 37]).

8 cas de péricystite vraie, dont :

- 6 observations de péricystites suppurées;
- 2 observations d'infiltration d'urine sous-péritonéale...

Dans ces 8 cas, les atteintes de *péricystite* constituaient la lésion principale, et non ces formes atténuées que l'on trouve dans toute cystite chronique ancienne.

20 cas de fistule due à la *cystite chronique* avec ou sans rétrécissement de l'urètre, le rétrécissement n'agissant qu'en produisant une cystite ou une infiltration d'urine.

c) 18 cas d'origine péritonéale, dont :

- 3 consécutifs à une péritonite aiguë;
- 15 consécutifs à une péritonite pelvienne.

d) 45 cas d'origine *utérine* ou *annexielle*, dont :

10 à la suite de *grossesse* :

2 à la suite de rupture de grossesse extra-utérine
et d'hématocèle;

8 à la suite de grossesses utérines.

Dans ce dernier cas, les causes de la fistule sont nombreuses :

Elle peut être la conséquence d'accidents locaux d'une infection puerpérale.

Elle peut se produire au cours de la grossesse, succédant à une compression prolongée de la vessie par une partie fœtale.

Une rétroflexion de l'utérus grande dont le col porté derrière la symphyse comprimait celui de la vessie, déterminant une rétention complète d'urine. Cette rétention amènerait une gangrène de la vessie, de la péricystite, une adhérence de celle-ci avec l'intestin et finalement la perforation et la communication de ces deux organes.

5 à la suite d'*affections annexielles*, salpingite, salpingo-ovarite suppurées, qui, ouvertes dans l'intestin et la vessie, créent ainsi une communication anormale entre les deux organes avec cavité intermédiaire.

2° FISTULES CANCÉREUSES. — Viennent ensuite les *fistules* cancéreuses :

Pascal en cite 64 cas.

a) Les plus nombreuses sont d'origine *intestinale*, il en relève 35 cas :

1 fois sur l'intestin grêle;

23 fois sur le rectum;

3 fois sur le côlon;

7 fois sur l'S iliaque;

1 fois sur le cæcum.

b) 15 cas sont consécutifs à une *tumeur de la vessie*.

Le cancer vésical peut envahir secondairement l'intestin ou donner lieu à des lésions de péricystite secondaire puis, de là, à une communication entre la vessie et l'intestin.

c) 2 observations de fistule vésico-intestinale à la suite de *néoplasme de la prostate*.

d) 9 observations de *tumeur utérine* ayant provoqué une fistule vésico-intestinale.

3° FISTULES TUBERCULEUSES. — Pascal rapporte 20 cas seulement de *fistules vésico-intestinales tuberculeuses* sur ses 286 observations :

a) 6 siégeaient sur l'intestin :

4 sur le grêle;

2 sur le cæcum.

b) 8 s'étaient établies à la suite de tuberculose vésicale.

c) 3 à la suite de tuberculose de la prostate.

d) 3 étaient consécutives à une péritonite.

4° FISTULES SYPHILITQUES. — D'après Pascal, encore moins nombreuses que les fistules tuberculeuses.

Il n'en cite que 3 : Les observations de Kütke, de Lanelongue et de Tuffier.

Nous en avons retrouvé d'autres cas : Ceux de Delbet, de Picot, de Blanc et du Professeur Duvergey.

5° FISTULES ACTINOMYCOSIQUES. — 3 observations seulement dans la thèse de Pascal; ce sont celles rapportées par Michailoff : 2 fistules vésico-rectales et 1 fistule appendiculo-vésicale.

6° FISTULES CONSÉCUTIVES A UNE ULCÉRATION TYPHIQUE OU DYSENTÉRIQUE :

a) *Typhique*. — 1 seule observation dans toute la littérature médicale : celle de A. Innes.

b) *Dysentérique*. — 6 cas dans la thèse de Pascal, dont 4 ne sont pas probants.

Celui de Levison [71], publié depuis, est beaucoup plus certain.

Influence du sexe et de l'âge.

Bien que Weinlechner soit intervenu chez un enfant de 6 ans $1/2$, c'est plutôt une affection de l'âge adulte et de la vieillesse.

On rencontre surtout les fistules vésico-intestinales entre 30 et 50 ans.

Elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Sur 100 sujets atteints, 70 sont des hommes. La présence de l'utérus interposé entre la vessie et l'intestin, chez la femme, en est la cause.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fistule vésico-intestinale présente deux orifices : l'orifice vésical et l'orifice intestinal, séparés par un trajet.

ORIFICE VÉSICAL. — On le trouve ordinairement sur la face postérieure de la vessie, en haut, ou au voisinage des uretères. D'après Legueu, on l'y rencontrerait dans 23 p. 100 des cas.

En seconde ligne, vient la région du bas-fond, où on le trouverait dans 47 p. 100 des cas, puis le sommet (13 p. 100).

Dans 9 p. 100 des cas, l'orifice de la fistule siègerait sur les faces latérales de la vessie. On ne le rencontrerait que rarement sur la face antérieure.

Quand il est latéral, l'orifice vésical est en communication :

à droite, avec le cæcum et l'appendice;

à gauche, avec l'S iliaque.

ORIFICE INTESTINAL. — Les différents points de l'intestin peuvent être le siège de cet orifice.

C'est sur le rectum qu'on le trouve le plus souvent : Dans 45 p. 100 des cas environ d'après Chavannaz, dans 55 p. 100 d'après Legueu.

Viennent ensuite :

L'S iliaque;

Le côlon;

L'intestin grêle;

Le cæcum;

L'appendice : 4,05 p. 100 des cas d'après Chavannaz
[25]; 5 p. 100 d'après G. Albano.

Les dimensions de ces orifices vont du simple pertuis à celles d'une pièce de deux francs.

Quant à leur forme, elle est aussi très variable : ils peuvent être arrondis, irréguliers avec des végétations, ou en entonnoir.

Le nombre des orifices diffère suivant les cas : ils peuvent être uniques ou multiples.

TRAJET. — Quand l'orifice vésical et l'orifice intestinal sont accolés, le trajet est inexistant : la fistule est dite directe.

Quand il existe, elle est indirecte. Le trajet, dans ce cas, peut être sinueux, comporter l'existence de valvules.

Parfois, on trouve, entre les deux orifices, une cavité intermédiaire, fréquente surtout dans les fistules recto-vésicales. Ce foyer peut contenir des fèces, du pus, de l'urine, des os, des grains de raisin, des noyaux de fruits. D'après Chavannaz, il y a une cavité intermédiaire dans 22,10 p. 100 des cas. Les parois de cette cavité peuvent être très minces ou atteindre 2 cm. 1/2 d'épaisseur.

La poche intermédiaire est quelquefois formée aux dépens d'un troisième organe ou présente, en plus, un trajet à la peau.

LÉSIONS CONCOMITANTES. — La paroi abdominale adhère à la vessie. Des adhérences étendues réunissent les anses intestinales entre elles, ou les accolent aux organes abdominaux.

Il y a toujours des adhérences entre l'intestin et la vessie, ou pour limiter la poche intermédiaire.

L'intestin et l'épiploon forment des masses agglutinées.

Dilaté en amont, normal ou rétréci en aval, l'intestin présente des lésions caractéristiques de sarcome, d'épithélioma, de tuberculose, de syphilis, d'inflammations diverses.

La vessie est diminuée de volume. Les lésions de cystite sont inconstantes (Guyon [52]). En cas de fistule avec passage facile des matières de l'intestin dans la vessie, la muqueuse est recouverte de matières fécales difficiles à détacher. Elle est gris sale, brunâtre, congestionnée, ulcérée, s'il y a communication entre la vessie et le tissu cellulaire périvésical. Elle

peut contenir des urines, des calculs de phosphates ou des matières fécales entourées de phosphates. On peut y trouver des lésions inflammatoires caractéristiques comme celles de la syphilis.

La prostate se transforme en un clapier infect et les vésicules séminales disparaissent.

Les fistules tuberculeuses s'accompagnent souvent de tuberculose du testicule, de l'épididyme, des poumons.

Chez la femme, la fistule peut avoir pour origine un néoplasme de l'utérus ou une salpingite.

L'infection se propage plus ou moins rapidement aux uretères et aux reins.

SYMPTOMATOLOGIE

Période de début.

Le début peut être insidieux et lent : un homme qui n'avait accusé jusqu'alors aucune affection urinaire est étonné de voir, un jour, ses urines devenir troubles et contenir des flocons de pus. La pyurie, en effet, est fréquemment la première manifestation par laquelle se traduit une fistule vésico-intestinale. Parfois, c'est le rejet par l'urètre de débris alimentaires (pellicules de fruits, grains de raisin) ou d'un lombric qui frappe l'individu. Le passage, par la vessie, de l'urine, l'émission de gaz par l'urètre, peuvent être aussi un des premiers symptômes. Dans d'autres cas, c'est une hématurie due à une chute d'escarre, à une ulcération simple ou diathésique de la vessie, à la présence de corps étrangers, qui attire l'attention. L'urine du malade contient même, quelquefois, des caillots.

La fistule peut ne se manifester, tout d'abord, que par un de ces phénomènes, à intervalles très éloignés, et ne constituer, pour le malade, qu'une simple gêne pendant longtemps.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

L'affection peut débiter brusquement par des douleurs siégeant dans le bas-ventre, accompagnées ou non d'élévation thermique. Nous entrons alors, d'emblée, dans la période d'état.

Période d'état.

Les symptômes de la période d'état peuvent être divisés en troubles urinaires et en troubles intestinaux.

I. TROUBLES URINAIRES. — Ce sont :

1° *L'émission de gaz par l'urètre, ou pneumaturie.* La pneumaturie peut se produire pendant, après ou à la fin de la miction. Cette émission de gaz peut se faire avec ou sans bruit. Chez le malade de Pousson elle était à la fin de la miction et si bruyante qu'il n'osait plus uriner dans les vespasiennes. Dans quelques rares cas, les gaz sortent en dehors de la miction et sans que l'individu puisse s'y opposer (malade de Putegnat [96]). La position peut influencer : chez le malade de Wilshire le phénomène disparaissait quand il urinait debout.

Le passage des gaz, de l'intestin dans la vessie, est quelquefois perçu par le sujet (malade de Bruchet).

L'odeur de ces gaz est ordinairement fétide; mais parfois ils sont inodores.

Rarement, la pneumaturie est douloureuse.

2° *L'accumulation des gaz dans la vessie.* — Ce serait, d'après Marion, un phénomène exceptionnel.

3° *Le passage des matières dans l'urine ou fécalurie.* — C'est le signe vraiment pathognomonique de l'affection. On le trouverait dans la moitié des cas.

Une fois la fistule constituée, les matières fécales passent d'abord dans la vessie, donnant aux urines une couleur jaune safran, puis dans les urines.

Au début de la miction, il n'y a pas de modification, puis l'urine perd une partie de sa transparence, en même temps que sa couleur devient plus foncée; par le repos, elle donne un sédiment brunâtre, qu'on peut examiner au microscope.

On trouve aussi dans l'urine des débris alimentaires et, dans un cas, en examinant des urines, on pouvait reconstituer le menu du malade.

Cette fécalurie ne se manifeste, chez certains, que dans des conditions données, variables avec chaque sujet : quand l'individu a de la diarrhée, quand il fait un écart de régime, quand il urine debout, ou après une purgation.

La quantité d'urine est normale ou augmentée; elle contient

de la mucine, de la bile, de l'albumine, des fibres végétales ou animales, des cellules épithéliales, des globules, du pus et du sang, la flore intestinale, surtout le *bactérium coli* et des sels divers. Elle peut présenter la réaction acide, mais souvent, à une période avancée de l'affection, elle est alcaline.

II. TROUBLES INTESTINAUX. — Du côté du tube digestif, la fistule vésico-intestinale se traduit par *le passage de l'urine dans l'intestin*.

D'après Pascal, dans 90 cas sur 300, l'urine s'écoulait par le rectum.

Ce passage de l'urine dans l'intestin est constant ou intermittent. Suivant le siège de la fistule, il peut ne s'effectuer que dans certaines positions. Quand l'urine est retenue par le sphincter, il y a de véritables mictions anales. Les selles prennent une odeur urineuse.

III. — TROUBLES FONCTIONNELS. — a) *Du côté de l'intestin*. Le passage irrégulier de l'urine par le tube intestinal amène une véritable diarrhée chronique. Mais une fistule vésico-intestinale causant un rétrécissement de l'intestin peut rendre la défécation difficile.

Il existe un balancement entre la quantité de matières émise par le rectum et celle émise par l'urètre.

Enfin, le passage de l'urine par l'intestin donne souvent au malade une rectite glaireuse avec érythème et excoriation de l'anus.

b) *Du côté de la vessie*, une cystite se déclare dans un temps plus ou moins long : rapidement si la perforation s'est effectuée de la vessie vers l'intestin, plus lentement si elle s'est produite de l'intestin vers la vessie.

Cette cystite est caractérisée par des urines troubles et des douleurs à la miction.

La douleur à la miction est exacerbée quand la vessie est envahie par le contenu intestinal qui l'irrite. Elle est également très vive s'il y a rétention par obstruction de l'urètre.

La douleur siège au niveau du col ou s'irradie à la verge, gagnant les testicules, le périnée, les cuisses, les hanches, re-

montant jusqu'aux reins. On peut la trouver en dehors de la miction, provoquée par la fatigue ou un mouvement brusque. Elle est parfois spasmodique, comme pour ce malade chez qui elle se réveillait quand il absorbait un demi-verre de vin ou un verre de brandy.

La fistule vésico-intestinale s'accompagne de rétention si des matières fécales ou des calculs phosphatiques viennent à boucher l'urètre; de même s'il y a des lésions du canal urétral.

Etat général.

Conservé longtemps dans les fistules traumatiques et inflammatoires, il est rapidement altéré dans les fistules cancéreuses et tuberculeuses.

Cet ensemble de symptômes, que nous venons de passer en revue, forme un tableau vraiment schématique. Il est rare qu'on les trouve au complet chez un même individu.

« Chez un nombre important de malades, presque tout se borne pendant longtemps, pour ne pas dire toujours, au simple passage des gaz à travers l'urètre pendant la miction, les fèces ne passant qu'en très petite quantité et à de rares intervalles, sous l'influence d'un léger dérangement intestinal consécutif, par exemple, à des écarts de régime et, en particulier, à des excès de boisson. » (Chavannaz.)

Parfois les fistules vésico-intestinales sont constatées à l'autopsie. Elle ne s'étaient manifestées par aucun symptôme pendant la vie (Roger Williams [125]).

COMPLICATIONS

L'inflammation péricystique peut gagner le tissu cellulaire et la peau et former abcès ou même créer entre la vessie et la surface extérieure une fistule secondaire cutanée.

L'inflammation vésicale, les corps étrangers, débris alimentaires et boulettes fécales venus de l'intestin favorisent la formation de calculs secondaires.

Des matières fécales, des petits calculs peuvent arriver à boucher l'urètre et à éroder ce canal. Si l'urine est infectée par le colibacille, ce germe peut propager l'infection à travers les parois urétrales et suractiver des germes anaérobies : une infiltration d'urine emportera le malade, comme dans le cas de Sydney Jones.

Dans les fistules vésico-intestinales basses, par suite des adhérences qui rapprochent encore vessie et rectum, l'infection peut s'étendre à la région rectale et de là à la fosse ischio-rectale.

Une fistule vésico-intestinale se complique souvent de péritonite soit localisée, soit généralisée.

Cette péritonite résulte d'une simple propagation ou d'une rupture d'adhérence amenant l'effusion de matières septiques dans la cavité péritonéale.

L'inflammation des parois de l'intestin, un néoplasme à forme sténosante, peuvent créer un rétrécissement et même une obstruction intestinale.

L'infection urétéro-pyélique est rare et tardive, soit que le malade ait succombé avant, soit que l'inflammation de l'appareil urinaire ait évolué lentement (fistule à point de départ intestinal). Quand elle se produit, le malade est enlevé par une crise d'urémie.

DIAGNOSTIC

L'histoire du malade et les signes cliniques suffisent souvent à établir le diagnostic d'une fistule vésico-intestinale. Mais les symptômes classiques ne sont pas toujours au complet et l'on a recours dans ce cas à deux moyens d'exploration :

La cystoscopie;

La cystographie.

LA CYSTOSCOPIE. — La cystoscopie permet de préciser les rapports des bords de la fistule avec les orifices urétéraux. On a prétendu que son grave défaut était de ne pas pouvoir être pratiquée dans beaucoup de cas. Mais d'après Chevassu [28], elle est toujours possible, à moins qu'il n'y ait cystite très intense avec intolérance vésicale prononcée (vessie de capacité de moins de 80 cc.).

Dans les cas faciles, bonne capacité vésicale et petit orifice, il suffit, après avoir lavé la vessie, d'injecter 110 à 200 centicubes d'eau bouillie et de faire la cystoscopie.

Quant aux cas difficiles, ils peuvent être schématisés de la façon suivante :

1° *Vessie de bonne capacité, mais urines très troubles*, par suite du passage continu des matières fécales dans la vessie.

On pratique un lavage très long; on introduit le cystoscope rapidement et sans brutalité, pour éviter de faire souffrir et saigner le malade.

On voit alors l'orifice de la fistule et, à son centre, un bouchon fécal. Les urines devenant rapidement très troubles, il

faut recommencer les lavages avec le cystoscope laveur plusieurs fois au cours d'une même séance, pour préciser la situation, l'étendue de l'orifice et les lésions de cystite concomitante.

2° *Vessie de bonne capacité, mais se vidant très rapidement*, parce que l'orifice est assez grand.

Il faut placer le malade de façon que l'orifice fistuleux soit au point culminant et non déclive de la vessie : si c'est une fistule du bas-fond, le faire mettre dans le décubitus ventral.

On pousse très rapidement une injection de 200 à 300 centicubes d'eau bouillie et on a ainsi toujours le temps d'explorer la vessie.

Au besoin, on se sert d'un cystoscope à double courant ou du Mac Carthy.

On peut ramener à quelques types le caractère des fistules :

a) L'orifice fistuleux est aperçu nettement, plus ou moins régulier, entouré par une muqueuse normale ou boursouflée;

b) On ne voit pas d'orifice, mais simplement une partie de la paroi vésicale rouge, dépolie, parfois oedématisée avec une dépression plus ou moins accentuée et étendue;

c) On voit des saillies en forme de bourgeons charnus.

Quand les signes cliniques permettent de penser à une fistule vésico-intestinale, mais dont on ne distingue pas l'orifice, on peut essayer d'introduire une sonde urétérale à l'endroit présumé de la fistule : au milieu des bourgeons charnus ou dans le fond d'une des dépressions existantes. On injecte par cette sonde un liquide coloré (solution de collargol à 8 p. 100; solution de bleu de méthylène).

Le diagnostic est fait si le liquide passe dans le rectum.

La muqueuse avoisinante est très souvent modifiée : elle est rouge, oedématisée, avec des saillies assez marquées, quelquefois des bourgeons charnus.

On peut voir, au niveau de la fistule, de la fibrine, des débris alimentaires, des matières fécales, du pus.

Enfin la constatation, à la cystoscopie, d'éléments papulo-

ulcéreux, de fistule à bords taillés à pic, par exemple, a pu permettre d'établir le caractère syphilitique des lésions.

LA CYSTOGRAPHIE. — La cystographie est l'étude radiographique de la vessie remplie d'un liquide opaque aux rayons X.

La cystographie se pratique sans anesthésie : celle-ci pourrait changer l'index de réplétion de la vessie et, qu'elle soit générale, régionale ou même locale, fausserait les résultats.

Le malade a été purgé et lavementé la veille. On lui fixe une sonde de calibre assez fort et on le porte sur la table de radiographie.

On adapte à la sonde l'embout d'Erzbichoff et on fait une injection, à l'aide d'une seringue d'au moins 80 centicubes, à piston très doux, d'un liquide opaque.

Différentes substances ont été préconisées : le bismuth, l'iodure d'argent, l'iodure de sodium, l'iodure de potassium, l'iodure de lithium, l'argyrol, le bromure de sodium et le collargol.

On choisira de préférence le bromure de sodium à 10 p. 100 ou le collargol à 10 ou 15 p. 100.

Ces substances, à de telles doses, ne sont ni toxiques ni irritantes. Le bromure de sodium n'étant pas antiseptique, on y adjoint une petite quantité d'oxycyanure de Hg (0 g 01 par litre.)

Le liquide employé doit être tiède.

On injecte jusqu'à la réplétion vésicale, qui se traduit chez le malade par un besoin impérieux d'uriner. Il faut se méfier des contractions *sine materia* qui se produisent lorsqu'on commence à remplir une vessie : il suffit de forcer légèrement la pression pour vaincre la contraction.

La capacité maxima de la vessie étant atteinte, on ferme l'embout, on retire la seringue et le radiographe n'a plus qu'à opérer.

Il y a certaines précautions à prendre :

Chez l'homme, il faut serrer la verge sur la sonde, à l'aide d'une compresse, pour éviter qu'une miction impérieuse

ne fasse passer le liquide entre le canal et la sonde. La valeur de l'examen serait diminuée, le champ radiographique risquerait d'être souillé et le cliché présenterait des taches prêtant à confusion.

Pour cette même raison, on évitera de projeter sur le ventre du malade du liquide de remplissage.

Si le malade accuse une douleur lombaire, même avant qu'apparaisse l'envie d'uriner, il faut faire immédiatement l'examen : c'est un uretère qui est forcé.

La cystographie faite, on ouvre l'embout et on vide la vessie. Le radiographe développe le cliché.

Durant ce temps, on ne déplace pas le malade de la table de radiographie, car plusieurs épreuves peuvent être nécessaires.

L'examen terminé, avant de retirer la sonde, on lave la vessie avec un liquide neutre, le sérum artificiel tiédi, par exemple. On évite ainsi l'irritation possible de la vessie par le liquide opaque injecté.

Jusqu'en 1921, la cystographie était faite uniquement dans le sens antérieur.

Après Sgalitzer, Blanc et Negro se sont attachés à l'étude de la cystographie dans les diverses positions, ce qui a permis l'examen approfondi de la vessie.

La cystographie peut être :

1° *Antéro-postérieure orthogonale*. — Le malade est dans le décubitus dorsal, le rayon normal tombe verticalement à deux travers de doigt au-dessus de la symphise pubienne.

2° *Antéro-postérieure axiale*. — Le malade toujours dans le décubitus dorsal, le rayon normal est parallèle à l'axe du bassin. L'ampoule est inclinée de 45 degrés et le rayon tombe obliquement sur la paroi abdominale, en un point situé à égale distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne.

3° *Oblique*. — Le malade est couché dans le décubitus semi-latéral, le plan du corps faisant avec la table un angle de 45 degrés. Le rayon normal tombe verticalement sur un point situé exactement entre l'épine iliaque antéro-supérieure,

d'une part, et le milieu de la ligne qui joint l'ombilic à la symphyse pubienne, d'autre part.

On fait coucher le malade alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche.

4° *Oblique axiale*. — Le malade est couché comme précédemment. L'ampoule est inclinée de 45 degrés. Le rayon normal tombe obliquement sur le même point que dans la position oblique, parallèlement à l'axe du bassin.

5° *Latérale*. — Le malade est couché dans le décubitus strictement latéral. Le rayon normal tombe verticalement sur le point situé à deux travers de doigt en avant du grand trochanter, parallèlement à l'axe bitrochantérien.

Dans les fistules vésico-intestinales, on emploie la cystographie en deux temps, comme pour les diverticules de la vessie. Cette méthode a été étudiée par Legueu. On prend un premier cliché, comme il a été décrit précédemment. Puis, la sonde étant retirée, on invite le malade à uriner, de façon à vider le plus complètement possible sa vessie, et on prend un deuxième cliché.

La cystographie est indispensable quand les symptômes ne permettent pas d'affirmer le diagnostic ou quand un rétrécissement de l'urètre empêche de pratiquer la cystoscopie.

Nous reproduisons, dans ce travail, trois clichés pris par Blanc et Negro [42].

Le premier (fig. I) est celui d'un malade de 63 ans qui présentait depuis trois ans des phénomènes de cystite et depuis deux ans de la pneumaturie. A l'examen, on trouvait, dans la fosse iliaque gauche, une masse fixée et mal limitée. Le toucher rectal révélait un rectum très dilaté et une légère infiltration à 10 centimètres.

La cystoscopie montrait une vessie de capacité réduite, un œdème considérable, surtout à la face postérieure, mais on ne pouvait préciser aucune fistule.

La cystographie a démontré l'existence d'une fistule vésico-intestinale, en donnant deux ombres inégales superposées : la vessie déformée en haut et le rectum en bas.



FIG. I. — 1. Vessie déformée; 2. Rectum.



FIG. II. — Vessie pleine.

Au premier plan, la vessie. Derrière, parties supérieure et inférieure du rectum.



FIG. III. — Le malade a vidé sa vessie, dont on ne voit plus qu'une barre transversale opaque à la partie inférieure. Le rectum apparaît nettement.

Le deuxième et le troisième sont relatifs à un malade atteint de fistule vésico-intestinale syphilitique, dont nous relatons l'observation (fig. II et III).

L'examen cystographique, pratiqué en deux temps, a montré l'existence d'une communication entre la vessie et l'intestin.

Ces trois clichés ont été pratiqués en position antéro-postérieure orthogonale. Parfois il faut une cystographie oblique ou latérale.

La cystographie permet non seulement d'établir un diagnostic positif, mais aussi, quelquefois, un diagnostic négatif. Tel ce cas, rapporté par Blanc et Negro, d'une femme qui, à la suite d'un accouchement, prétendait perdre de l'urine par le vagin et le rectum. Elle avait même affirmé l'existence d'une pneumaturie.

La cystographie, pratiquée à plusieurs reprises, dans diverses positions, fut négative. En examinant plus attentivement la malade, on s'aperçut qu'elle présentait une légère incontinence, dont elle ne se rendait pas compte et qui lui faisait croire qu'elle perdait de l'urine par le vagin et le rectum.

Il est une autre méthode radiographique qui peut rendre de grands services. Elle consiste à introduire dans l'orifice vésical, quand celui-ci est facilement abordable, une sonde à cathétérisme urétéral et à injecter un liquide opaque. On fait une radiographie et, quand l'épreuve est positive, elle confirme un diagnostic de fistule vésico-intestinale et en précise le siège.

Diagnostic différentiel.

Les trois grands symptômes d'une fistule vésico-intestinale : la pneumaturie, la fécalurie et le passage de l'urine dans l'intestin, forment, quand ils sont réunis, une triade qui impose le diagnostic.

Mais, pris isolément, ils sont loin d'avoir chacun la même valeur, et si la fécalurie est le signe vraiment pathogno-

nique d'une communication entre la vessie et l'intestin, les deux autres ne le sont pas.

Ainsi la pneumaturie a des causes très diverses.

Elle peut être due à des gaz provenant du dehors par cathétérisme ou à l'ouverture dans la vessie de phlegmons gazeux à anaérobies.

On la rencontre aussi chez les glycosuriques, chez les névropathes (pneumaturie sans cause). Des gaz venus du sang peuvent aussi prêter à confusion.

Elle est aussi causée par des microorganismes qui produisent des gaz. Le *bacillus lactis-aerogenes*, le *bacillus aerogenes capsulatus*, le *colibacille*; une condition semble essentielle : des albuminoïdes venus du rein ou du pus.

Il y a enfin une pneumaturie d'origine rénale. Ces gaz sont : l'oxygène, le gaz carbonique et l'azote. On a révélé la présence d'un diplocoque encapsulé.

Une analyse d'urine sera donc nécessaire au point de vue bactériologique, cytologique et chimique.

On peut prendre pour une fistule vésico-intestinale une fistule urétero-intestinale ou urétéro-intestinale.

Fistule urétero-intestinale. — Il y a émission de gaz par l'urètre, mais l'urine ne passe par l'anus qu'au moment de la miction.

Fistule urétéro-intestinale. — Le diagnostic est facile : ni les matières, ni les gaz ne passent par l'urètre.

Diagnostic topographique.

Il est important de préciser quelle est la portion du tube digestif qui est atteinte de perforation. L'injection de liquide coloré (bleu de méthylène) ou de lait dans la vessie permet, quand le liquide ressort par l'anus, non seulement d'établir un diagnostic de fistule vésico-intestinale, mais encore de connaître le siège approximatif de la fistule. Mais si cette épreuve est négative, il ne faut pas se hâter de conclure à l'inexistence de la fistule : des valvules placées sur le trajet

fistulaire peuvent empêcher le liquide de passer de la vessie dans l'intestin.

Fistules vésico-rectales. — On s'aide du toucher rectal et de la rectoscopie. Si l'on injecte un liquide coloré dans la vessie, il arrive beaucoup plus rapidement dans le rectum si la fistule est vésico-rectale que si elle est vésico-colique, par exemple.

Il y a en outre plusieurs épreuves qui aident à la confirmation du diagnostic.

Procédé de Senn. — On insuffle dans le rectum de l'hydrogène et on l'allume au bout d'une sonde introduite dans la vessie.

Procédé de Le Fort. — On badigeonne la partie inférieure du rectum avec l'acétate de plomb. L'injection dans la vessie d'une solution d'iodure de potassium produit une coloration jaune d'iodure de plomb.

On a tenté de faire la preuve par l'injection de médicaments. *Francis Heuston* injecte dans le rectum du salicylate de soude. Dans le cas de fistule, on le retrouve dans les urines. Cette épreuve n'est pas concluante, à cause de l'absorption très rapide de ce sel par le rectum.

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES PROPREMENT DITES. — Il faut tenir compte de l'aspect des matières mélangées à l'urine, de leur odeur, de leur état de digestion.

Quand la fistule siège sur l'iléon, les matières fécales qui passent dans la vessie sont liquides. Si les matières fécales sont formées, elles proviennent très probablement du gros intestin.

Un lavement opaque et une recto-sigmoïdoscopie sont nécessaires.

La chirurgie moderne a enfin bénéficié de moyens d'investigation qui permettent de mesurer la résistance du malade.

Azotémie sanguine;
Constante d'Ambard;
Tension artérielle,

dont les résultats indiqueront ou contre-indiqueront l'intervention.

Diagnostic étiologique.

Il se fait d'une façon différente suivant la cause de la fistule.

Nous l'étudierons séparément avec chaque variété de fistule vésico-intestinale.

FISTULES APPENDICULO-VESICALES

Au cours de l'évolution d'une appendicite, il arrive, mais c'est rare, qu'il se produise une perforation vésicale.

L'abcès appendiculaire peut s'évacuer purement et simplement dans la vessie, sans présenter d'autres symptômes qu'une pyurie plus ou moins abondante. L'abcès n'étant pas ouvert dans l'intestin, nous n'avons qu'une fistule vésicale.

Dans d'autre cas, l'abcès s'ouvre simultanément du côté de la vessie et du côté de l'intestin, réalisant une véritable fistule vésico-intestinale.

Il y a des intermédiaires, telle l'observation de Leplat, dans laquelle l'abcès péritonéal s'était ouvert dans la vessie, tandis que se fermait la communication intestinale, après passage d'un calcul fécaloïde qu'on retrouva dans l'abcès.

Nous n'envisagerons ici que les cas de libre communication entre la vessie et l'intestin.

La perforation vésicale, au cours d'une appendicite aiguë ou subaiguë, est due, soit à l'ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie avec appendice gangréné, et dans ce cas, il y a un trajet fistuleux, soit à la gangrène de l'extrémité appendiculaire qui est au contact de la vessie.

Les causes prédisposantes d'une fistule appendiculo-vésicale sont : la position basse, la grande longueur (20 cm. au lieu de 8 à 10 cm.) et la direction descendante de l'appendice.

La fistule appendiculo-vésicale s'établit à la suite d'appendicite avec abcès appendiculaire.

L'appendicite sans abcès ni perforation dans la cavité abdominale, qui se complique d'adhérences avec perforation directe dans la vessie, est très rare : il s'agit d'appendicite méconnue, telle l'observation de Pilcher [91], où la crise d'appendicite a été prise pour une colique néphrétique et où le diagnostic d'appendicite n'a été établi qu'après la fistulisation.

Dans quelques cas, l'inflammation peut se propager par la voie extra-péritonéale : un abcès de la cavité de Retzius ouvert dans la vessie, par exemple.

Mais, le plus souvent, la fistule est consécutive à une péri-tonite enkystée appendiculaire. Il peut s'agir d'abcès pelvien au contact de l'appendice, ou d'abcès pelvien continu avec des abcès iliaques, ou d'abcès pelvien distinct des foyers appendiculaires : les abcès métastatiques qui essaient par lymphangites.

Genèse de la fistule (d'après Reynes). — L'abcès appendiculaire fait migration vers le petit bassin; la surface extérieure de la vessie subit l'activité des germes microbiens, avec lesquels elle se trouve en contact et se perforé.

Les perforations siègent de préférence sur la partie postérieure et latérale droite de la vessie; elles sont généralement uniques (jamais plus de deux).

Les symptômes d'ouverture dans la vessie sont silencieux ou bruyants; ils sont traduits par :

- la pyurie;
- l'affaissement de la tumeur;
- la fécalurie;
- la pneumaturie;
- des phénomènes de cystite intense après la perforation, qui ne sont pas constants.

La complication la plus fréquente est la formation de calculs dans la vessie. L'infection urinaire ascendante est rare, tardive et favorisée par la rétention.

Une hématurie, même mortelle comme dans l'observation de Hallé, peut se produire (obs. II).

EVOLUTION. — Ordinairement, la perforation vésicale, abandonnée à elle-même, guérit. Elle guérit même quelquefois une appendicite traînante.

Mais chez les vieillards, ou chez les sujets porteurs de rétrécissement de l'urètre, peut s'établir une cystite très grave amenant progressivement l'amaigrissement, la cachexie et la mort dans l'hecticité et le marasme.

DIAGNOSTIC. — Chez un malade en cours d'appendicite, la perforation vésicale se diagnostique par l'affaissement de la tumeur, la pyurie et les différents signes d'une fistule vésico-intestinale.

Quand, chez un malade, survient une perforation vésicale dont on ignore la cause, il faut rechercher dans les antécédents si les signes se rapportent à une appendicite.

La cystoscopie donnera des renseignements précieux.

D'après Boss, elle servirait à faire le diagnostic étiologique de la perforation vésicale.

« L'aspect des vessies dans lesquelles s'est ouverte une collection salpingienne est bien différent de celui dans lesquelles s'est ouverte une collection appendiculaire : la paroi vésicale ayant été rendue rigide par l'adhérence des organes génitaux voisins enflammés, la perforation est large, irrégulière, c'est un vaste cratère noirâtre, avec plus ou moins d'ectropions sur ses bords. » (Boss, *in* Billaud [11]).

La cystographie nous donnera des renseignements d'une grande valeur, mais il serait bien dangereux de l'appliquer pendant la crise.

Enfin, puisque nous avons vu qu'il y avait des appendicites qui, par leur siège, prédisposent à une perforation vésicale, il faudra les diagnostiquer précocement. Le toucher rectal et vaginal permettra de déceler une appendicite pelvienne, passée jusque-là inaperçue.

On arrivera, par le toucher, à délimiter une masse bombant

dans les culs-de-sac antérieur et latéral droit du vagin et dans le rectum.

Le toucher rectal ne donnera rien quand l'abcès siègera sur le côté droit et en avant de la vessie.

Ces examens doivent être pratiqués avec douceur pour ne pas risquer d'achever une perforation.

Le diagnostic différentiel est à établir avec :

- la pneumaturie essentielle;
- l'adéno-phlegmon;
- les perforations de la fièvre typhoïde;
- un néoplasme intestinal;
- un abcès de la prostate ouvert dans la vessie.

Les commémoratifs, l'évolution de la maladie et l'examen des signes physiques permettront de faire le diagnostic de fistule vésico-intestinale consécutive à une appendicite.

PRONOSTIC. —Autrefois très sombre, il a été bien amélioré.

Il est *plus grave* quand :

- 1° l'orifice fistuleux est large, la dénutrition étant très rapide;
- 2° la fistule aboutit au voisinage des uretères;
- 3° la fistule est étendue.

(D'après Chavanna, la présence d'un foyer interposé aux deux ouvertures intestinale et vésicale assombrit le pronostic, en favorisant les dégénérescences amyloïdes et l'hecticité.)

- 4° l'évacuation de la vessie ne se fait pas bien (rétrécissement de l'urètre, muscle vésical affaibli).

Elle est *moins grave* quand l'étroitesse de l'orifice ou la présence de valvules empêche le passage des matières fécales dans la vessie.

TRAITEMENT : 1° *Traitement médical*. — Quand la fistule n'est pas encore formée, au stade où la collection est para-

vésicale, on peut essayer de refroidir l'appendicite : repos complet, diète la plus sévère, glace sur le ventre.

Une fois la fistule produite, le traitement médical agira comme palliatif pour empêcher l'infection : le malade devra prendre une alimentation nourrissante sous un petit volume, ne pas avaler de pépins de raisin, de noyaux de fruits qui pourraient être le point de départ de calcul ou causer de grandes souffrances.

Il faudra éviter la diarrhée, qui facilite le passage des matières fécales dans la vessie, sans tomber dans la constipation, qui favorise la pullulation des germes intestinaux.

Il faut veiller à ce que l'évacuation de la vessie s'effectue convenablement : on mettra une sonde à demeure fréquemment renouvelée, scrupuleusement propre, et on fera de grands lavages médicaux avec une solution faiblement antiseptique, même s'il n'y a pas d'infection vésicale.

On recherchera, d'après les conseils de Gueniot, une position spéciale pour uriner, position qui pourra diminuer ou éviter la pneumaturie ou la stercorurie.

Il faudra remonter l'état général et mettre le malade dans les meilleures conditions de repos, d'hygiène et de vie au grand air.

Le traitement médical peut suffire à amener la guérison de la fistule appendiculo-vésicale. Mais dans bien des cas, devant des résultats peu probants, on recourra au traitement chirurgical.

2° *Traitement chirurgical.* — Il peut être *prophylactique*. Avant tout signe de fistule, on pratique l'appendicectomie pour parer aux complications vésicales.

La fistule étant déclarée, après avoir fait le traitement médical un certain temps et laissé ainsi refroidir les lésions, on extirpera l'appendice. Suivant que l'orifice vésical sera plus ou moins accessible on en pratiquera la suture ou on l'abandonnera à lui-même.

En tout cas, on ne se hâtera pas d'intervenir et, autant que possible, on n'opérera pas au moment de la crise.

OBSERVATION I.

(BOIFFIN, Société de chirurgie, 22 avril 1891; in PASCAL, obs. 233.)

Appendicite ouverte dans le rectum et dans la vessie.

Laparotomie. — Guérison.

Homme, 28 ans. L'affection qu'il présente remonte à la première enfance; dès cette époque, crises de violentes douleurs abdominales, avec symptômes atténués d'occlusion.

En novembre 1889, le malade est atteint d'une typhlite, qui ne suppure pas, mais il persiste une tumeur avec douleur et fièvre. En janvier 1890, on constate des évacuations de pus dans la vessie et dans le rectum. En outre, des gaz et des matières s'échappent par l'urètre. L'état général devient très grave, il ne prend que des aliments liquides, encore provoquent-ils des douleurs violentes.

Laparotomie latérale, tumeur volumineuse occupant l'origine du gros intestin; vu l'état de faiblesse, entéro-anastomose entre l'intestin grêle et côlon transverse.

Il décolle ensuite le péritoine de la fosse iliaque pour aller à la recherche de l'abcès; il tombe sur une masse solide, dans laquelle il pratique quatre ponctions blanches.

La plaie guérit en quelques jours; la santé revient rapidement, véritable résurrection.

Remarquons d'abord cette typhlite qui ne suppure pas présentement, mais persiste sous forme d'une induration; au bout d'un an, un abcès pyostercoral s'ouvre dans le rectum et dans la vessie.

OBSERVATION II.

(HALLÉ, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892; résumée in BILLAUT.)

Femme, 56 ans, prise brusquement d'une hématurie abondante avec caillots, qui s'est arrêtée spontanément.

Un mois après, réapparition de sang dans les urines, qui persiste

encore; miction fréquente et douloureuse; douleurs rénales à droite.

Tumeur dans l'hypogastre remontant jusqu'à mi-distance entre le pubis et l'ombilic.

Toucher vaginal. — Volumineuse tumeur bombant à la paroi vaginale supérieure. La tumeur siège au niveau de la vessie. On diagnostique un néoplasme vésical volumineux. Mort trois mois après, anémiée par les hématuries.

Autopsie. — Cirrhose atrophique du foie avec ascite abondante. Le grand épiploon et l'appendice iléo-cæcal sont adhérents au cul-de-sac vésico-utérin. Ces adhérences sont anciennes et dures.

La cavité vésicale ne présente pas de tumeur, mais seulement des lésions de cystite chronique végétante. On y voit de nombreuses petites excroissances polypiformes, plus ou moins pédiculées, du volume d'un grain de millet ou d'une lentille, comme exulcérées à leur sommet, disséminées partout sur la face postérieure de la vessie.

Au centre de la paroi vésicale inférieure existent deux petits orifices arrondis communiquant avec une cavité anormale située entre la vessie et l'utérus. Utérus et vagin sains. Cette cavité est remplie de caillots sanguins ramollis et putréfiés. L'appendice iléo-cæcal, adhérent, très épaissi, non perforé en apparence, fait à droite paroi de la cavité.

L'auteur conclut qu'il s'agissait de pelvi-péritonite circonscrite, à point de départ probablement appendiculaire, avec épanchement sanguin secondaire dans la poche. Le diagnostic de néoplasme ne fut pas confirmé par l'autopsie.

OBSERVATION III.

(PAPIN, in thèse GUYONNEAU, Bordeaux, 1912; résumée in BILLAUT.)

Malade de 64 ans. Vient à l'hôpital pour se faire laver la vessie, parce qu'il est porteur d'une fistule vésico-intestinale depuis une crise appendiculaire. Ce n'est seulement que quand les matières fécales sont molles qu'elles passent dans la vessie. Aucun phénomène de cystite.

Examen cystoscopique. — A droite et un peu en haut, orifice en

cul-de-poule dont le calibre est à peu près de 3 millimètres de diamètre. Par cet orifice, on voit les matières demi-molles pénétrer dans la vessie sous forme d'un long ruban contourné en spirale. Ces matières paraissent passées au laminoir. Pas de calcul. Lavages de vessie au nitrate d'argent au 1/1.000°.

OBSERVATION IV.

(*Journal de chirurgie*, t. XXVIII, n° 1, juill. 1926 [Wolfrohm].)

— J. SCHIFFMANN, *Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales chez la femme*. [*Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, t. XVIII, fasc. 1-2, 1923, p. 23-28.]

Une malade de 24 ans a souffert, à l'âge de 4 ans, d'une grave maladie qui semble avoir été une péritonite. Depuis, elle a toujours été bien portante, mais voici quelques années que son urine est trouble, colorée en brun et de mauvaise odeur. Elle a de la pneumaturie qui la gêne fort. Les lavages de vessie n'ont rien fait et elle vient consulter avec le diagnostic de fistule vésico-intestinale.

L'urine est nettement fécaloïde et contient des débris végétaux. La cystoscopie montre, à droite du sommet de la vessie, un orifice ovale, nettement limité, profond et sombre, sur les bords duquel flottent quelques petites masses brunâtres. Dans le trigone, tout près du col vésical, on voit une petite saillie plane, rouge sombre, de nature indéterminée. Une radiographie, malgré l'emploi d'une bouillie opaque, ne donne aucun renseignement.

Opération. — Le péritoine ouvert, on tombe sur des anses intestinales complètement agglomérées par des adhérences dont on les libère avec précaution. Le sommet de la vessie adhère intimement, vers sa droite, à un conglomérat d'anses dans lequel on reconnaît l'anse sigmoïde, une anse grêle et un tractus dur, blanchâtre, gros comme un crayon, qui doit être l'appendice, car rien d'autre n'est retrouvé qui puisse représenter cet organe. C'est dans l'anse grêle que débouche la fistule vésicale. Anse et vessie sont séparées et suturées pour le mieux. Le tractus d'aspect appendiculaire est réséqué.

Guérison, après quelques incidents de suppuration pariétale. La cystoscopie, pratiquée quatre ans après l'opération, ne montre plus rien d'anormal dans la vessie; on ne peut même retrouver avec sûreté la place de la cicatrice. La patiente garde une petite éventration. Il est à noter qu'il ne s'était produit aucune altération des reins, probablement à cause de l'absence de toute rétention.

On a eu affaire, sans doute, aux reliquats d'une péritonite appendiculaire. Un abcès intermédiaire à la vessie et à l'intestin grêle a dû se former, le grêle s'y ouvrir et finalement communiquer avec la vessie.

FISTULES VESICO-INTESTINALES A LA SUITE DE SUPPURATIONS PELVIENNES AIGUES

Il convient d'étudier, à côté des fistules appendiculo-vésicales, les fistules vésico-intestinales dues à l'ouverture d'une collection annexielle d'une part dans la vessie, d'autre part dans l'intestin (intestin grêle, côlon sigmoïde, rectum).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la perforation vésicale est aisé : la pyurie suffit pour le poser.

Il est autrement délicat, et même parfois impossible, d'affirmer que la collection est également fistulisée du côté du tube digestif.

La pneumaturie n'est pas pathognomonique, la laparotomie ne montre pas toujours l'orifice fistuleux et c'est la fécalurie qui sera le signe de certitude.

PRONOSTIC. — La fistulisation aggrave le pronostic des supurations pelviennes, mais pas d'une façon considérable. Cet accident survient, en effet, la plupart du temps, chez des malades en quelque sorte immunisés et qui supportent assez bien l'intervention.

TRAITEMENT. — Le traitement est essentiellement chirurgical. On pratique, après laparotomie, une hystérectomie, on vide la collection purulente et on fait un Mickulicz.

La fistule elle-même est traitée différemment suivant les cas.

Livingstone Donald [74], dans son observation, se contenta de faire une colostomie et une colpotomie pour désaxer les deux orifices vésical et rectal. Il ne fit pas l'hystérectomie. La guérison survint, mais la malade ayant gardé ses lésions annexielles était exposée aux mêmes accidents.

Walthers [122], par laparotomie, obtint la guérison après deux interventions. Il ne trouva pas l'orifice vésical, mais les orifices intestinaux étant au nombre de deux, il gratta à la curette l'inférieur. Le supérieur étant trop large pour être suturé, il pratiqua une section transversale de l'intestin à cet endroit et engagea le bout supérieur dans le bout inférieur.

Henry O. Marcy put suturer isolément les orifices vésical et intestinal.

OBSERVATION V.

(LIVINGSTONE DONALD, *British Méd. Jour.*, London, 1902;
in GHOUILA-HOURI [48].)

Cas de colotomie pour fistule recto-vésicale avec rétrécissement du rectum. — Colpotomie, colectomie et entérorraphie circulaire.

M^{me} Vve B..., 41 ans, mariée à 27 ans, sans famille, fut admise en mars 1900. Elle était atteinte d'inflammation pelvienne qui se termina par un abcès s'ouvrant en même temps dans le rectum et la vessie. En janvier 1899, elle remarqua que les matières fécales passaient dans la vessie et étaient expulsées avec l'urine; des gaz passaient en même temps par l'urètre.

Elle avait souffert violemment jusqu'à son entrée à l'hôpital et avait constamment recours à l'opium et aux piqûres de morphine pour calmer ses douleurs.

Au moment de son admission à l'hôpital, elle était flétrie et amaigrie, se plaignant de douleurs au pubis. Les mictions étaient très fréquentes et, en conséquence, le sommeil était agité. L'urine était épaisse et trouble avec réaction alcaline, chargée de pus et d'albumine; elle présentait en même temps un peu l'apparence de selles typhiques avec une odeur fécale très marquée.

L'examen du rectum, très douloureux, révélait l'existence d'une extrême contraction de l'intestin à 7 ou 8 centimètres de l'anus, dû évidemment à l'inflammation établie dans le cul-de-sac de Douglas.

Une bande cicatricielle proéminente, passant sur la paroi de l'intestin, pouvait être sentie au toucher. La muqueuse du rectum apparut saine et sans lésion.

L'examen vaginal montra que l'utérus était absolument immobile et que la partie postérieure du pelvis était fermée par adhésion.

Première opération. — Une colotomie fut faite le 28 octobre.

Deuxième opération. — La bande cicatricielle fut séparée par une colpotomie, drain et irrigations vaginales.

Il y eut plusieurs séances de dilatation anormale avec des bougies de plus en plus grosses.

La malade fut guérie le 24 novembre.

Elle fut admise à l'hôpital pour la troisième fois en mars 1901 pour qu'on lui fermât l'anus artificiel.

ron 7 à 8 centimètres du côlon sigmoïde furent réséqués.

Troisième opération. — Entérorraphie circulaire du 12 avril. Envi-

Les suites de cette dernière opération furent très bonnes. Les troubles fistulaires ne se manifestèrent plus et la femme sortit guérie de l'hôpital.

OBSERVATION VI.

(Obs. WALTHER, *Fistule intestino-vésicale; guérison.* [Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1903, t. XXXIX, p. 314-324].)

F. V. I. suite de suppuration pelvienne.

La malade est une femme de 54 ans, robuste, de bonne santé habituelle, mariée à 40 ans. A l'âge de 46 ans, elle ressentit des douleurs abdominales, pour lesquelles elle consulta un médecin. Ce dernier constata la présence d'une tumeur pelvienne et fit le diagnostic de fibrome. Pendant deux ans de suite, on traita ce fibrome par l'électricité.

En 1899, à la suite d'une chute dans un escalier, se déclara une péritonite, qui fut suivie de douleurs pelviennes continues pendant un an. Au mois d'août 1900, après une crise plus vive de douleurs, des gaz et des matières fécales passèrent dans la vessie, et cette émission de matières mélangées à l'urine devenant de plus en plus abondante, la malade entra au mois de novembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Duplay.

L'écoulement des matières intestinales était très abondant et avait provoqué une cystite intense, horriblement douloureuse. On com-

mença par faire de fréquents lavages de la vessie, qui calmèrent un peu les douleurs et on attendit assez longtemps pour voir si la fistule ne tendrait pas à se rétrécir. On hésita d'autant plus à intervenir qu'on n'avait aucune notion sur le siège de la fistule intestinale. L'exploration du bassin montrait non pas un fibrome utérin, mais bien une masse compacte de péritonite, emplissant complètement toute la cavité pelvienne et englobant l'utérus et ses annexes dans une gangue d'une dureté ligneuse. Cependant, aucune modification ne se produisant, les matières passant toujours en aussi grande abondance, on se décida à intervenir.

L'opération fut faite le 20 février 1901. La laparotomie médiane conduisit sur cette masse, complètement adhérente, soudée à tout le bassin et dans laquelle il était impossible de reconnaître ni utérus, ni annexes, ni intestin.

Libérant peu à peu les anses intestinales visibles adhérentes au dôme de ce bloc pelvien, on arriva, avec de très grandes difficultés, à éviter pour ainsi dire le centre de la masse, à enlever par fragments l'utérus, à libérer progressivement la vessie, à la rejeter en avant et à réséquer les débris des annexes, et, plongeant par ces morcellements successifs dans le fond du bassin, on trouva, à gauche, une petite cavité à parois fongueuses qui sembla correspondre au trajet intermédiaire à la vessie et à l'intestin.

Malgré toutes les recherches, il fut impossible de découvrir l'orifice vésical de la fistule ni même l'orifice intestinal.

On fit un très large tamponnement et un bon drainage sur le fond du bassin, entre la vessie et le rectum, et on referma le ventre.

On espérait ainsi obtenir soit la fermeture complète des deux orifices fistuleux, soit tout au moins la transformation de la fistule en une fistule intestino-cutanée.

La malade supporta bien cette très pénible opération, qui avait duré deux heures.

Au bout de quelques jours, les matières passèrent par le drainage abdominal et les urines restèrent claires.

On espérait qu'avec le temps la fistule stercorale cutanée se fermerait d'elle-même, comme cela arrive souvent en pareil cas.

Il n'en fut rien. Pendant plusieurs mois, la malade eut des alternatives d'émission plus ou moins abondante de matières.

Au mois d'août 1901, l'orifice cutané s'étant rétréci par suite d'un drainage insuffisant, il y eut un peu de rétention, et, de nouveau, des gaz et un peu de matières passèrent dans la vessie.

Au mois d'octobre on dilata le trajet, on nettoya le fond de la cavité, et, grâce à un large drainage, tous les accidents s'amendèrent.

Il passait seulement, de temps en temps, des gaz dans la vessie, rarement des matières.

Au mois d'octobre 1902, elle rentra dans le service et, après l'avoir soumise à une dilatation plus large du trajet, on décida d'intervenir pour tâcher cette fois de trouver l'orifice intestinal.

L'opération fut faite le 17 décembre. Large incision médiane après curettage et nettoyage, aussi soigné que possible, de la portion superficielle du trajet fistuleux. On isola ce trajet et on disséqua jusque dans la profondeur, en se guidant sur une sonde introduite dans la lumière et sur une autre sonde mise dans la vessie. On arriva ainsi à le séparer de la vessie et à le suivre à gauche jusqu'au voisinage de la portion supérieure du rectum où il plongeait dans une sorte d'entonnoir aboutissant à l'intestin.

Cette dernière portion fut grattée soigneusement à la curette sans qu'il fût possible, à cause des adhérences, de songer même à suturer l'intestin.

Plus haut, on trouva une très large fistule, siégeant sur une anse d'intestin grêle qui avait été décollée, laborieusement disséquée et relevée au-dessus du trajet. L'état de l'intestin était tel, sa paroi si friable, si saignante, si bourgeonnante, qu'il parut impossible de faire une suture ni une résection, avec anastomose latérale ou terminale. On sectionna transversalement l'intestin, au niveau de cette perte de substance, et, après avoir libéré sur une longueur de 5 à 6 centimètres le bout supérieur, on l'engagea dans le bout inférieur, dont la muqueuse avait été, sur une hauteur de 2 centimètres environ, abrasée avec les ciseaux pour avoir une assez large surface d'affrontement. Quatre points de catgut en U fixèrent cette invagination; on a dû les serrer avec grands ménagements, à cause de la friabilité extrême des parois. Un surjet superficiel consolida cette suture. L'abdomen fut fermé avec un tamponnement et un large

drainage plongeant dans le bassin jusqu'au niveau de la fistule rectale.

L'opération, très laborieuse cette fois encore, avait duré près de deux heures.

Au bout de trois jours, les matières passèrent par la plaie.

L'écoulement fut pendant quelque temps très abondant. Il diminua peu à peu, il ne resta plus qu'une fistulette à écoulement intermittent et, enfin, vers le milieu du mois de février, deux mois après l'intervention, la cicatrisation était complète.

OBSERVATION VII.

(Henry O. MARCY, *Annals of Surgery*, n° 73, janv. 1899, p. 69 : *Fistulous opening between the ileum and the bladder-operation and cure; in PASCAL [obs. 259].*)

Femme, 40 ans. Irrégulièrement réglée. Pas de grossesse. A 26 ans, à la suite de marche exagérée, douleur très vive dans la région de l'ovaire gauche.

Diagnostic. — Péritonite aiguë.

Reste alitée pendant plusieurs semaines. A la fin de la deuxième semaine sent quelque chose qui se déclanche dans l'abdomen. Peu après, passage par l'urètre d'une quantité considérable de matière jaunâtre, fluide avec un peu de gaz. Guérison lente et imparfaite. L'hiver suivant, état général très mauvais : à plusieurs reprises la malade vit s'écouler de l'urètre un liquide de couleur foncée avec ce qui paraît être des semences de fruits. Dès lors, plus de règles. A plusieurs reprises crises de cystite aiguë.

Entre à l'hôpital en mars, malade faible, anémiée, vient de terminer une attaque de cystite aiguë : miction fréquente et douloureuse. Urine en quantité normale, contenant faibles traces d'albumine; fortement colorée de pigments biliaires; contient en outre nombreux globules de pus et débris alimentaires.

On donne à la malade des fraises : l'urine retirée avec la sonde contient des semences.

Pas de lait dans l'urine après injections à forte pression de ce

liquide dans le rectum, utérus petit, mobile : à gauche dans la région de l'ovaire, légère tuméfaction un peu douloureuse à la pression.

L'examen cystoscopique montre une capillarisation anormale de la paroi : au niveau du bas-fond, orifice irrégulier autour d'une zone d'hypérémie.

Par cet orifice, l'auteur introduit facilement une sonde à une profondeur de deux centimètres.

Diagnostic. — Fistule vésico-intestinale. La présence des pigments biliaires avec un contenu intestinal incomplètement digéré indiquent que la portion de l'intestin intéressée se trouve au-dessus de la vulve iléo-cæcale.

Opération. — Vessie, utérus, ovaire gauche, environ 9 centimètres, les intestins sont fusionnés en une masse commune par des adhérences vasculaires, ovaires séparés avec extrême difficulté. On enlève les annexes gauches, ovaire volume d'un œuf, trompe contournée et siège évident de l'affection primitive, un abcès qui, après formation d'adhérences, s'est ouvert dans l'intestin et dans la vessie.

Ouverture dans l'iléon : un demi-centimètre de diamètre : siège à 12 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale. Ouverture dans la vessie beaucoup plus petite (moitié), de forme valvulaire, ce qui explique pourquoi l'urine ne remontait pas dans l'intestin.

Ayant avivé les bords, l'auteur referme les orifices séparément à double suture continue. Entre les deux organes, repli péritonéal fixé à chacun d'eux par une série de sutures parallèles. Les déchirures du péritoine sont suturées de la même manière. Fermeture de la paroi abdominale, pansement au collodion iodoformé, sans drainage.

Pendant plusieurs jours consécutifs, drainage de la vessie par la sonde à demeure; de temps en temps, lavage de la vessie à l'eau boricquée; guérison sans incidents; les urines redeviennent normales : plus de gaz par l'urètre.

Six mois après, malade revue. Etat général très satisfaisant : il persiste cependant un peu de cystite.

FISTULES DIVERTICULO-VESICALES

On désigne sous le nom de fistules diverticulo-vésicales les fistules qui mettent en communication la vessie avec un diverticule intestinal.

Ces fistules sont rares. Elles peuvent être produites par les diverticules suivants :

1° *Le diverticule de Meckel*. — Un seul cas dans toute la littérature médicale. C'est l'observation de Beach. L'intervention a amené la guérison.

2° *Les diverticules du rectum*. — Trois cas dans la science : celui de Sydney Jones, celui de Herczel et celui de Morisson [80].

3° *Les diverticules du côlon sigmoïde*. — Étudiés par Walter Heine, Pristavescu, Swinghedauw.

Les diverticules du gros intestin peuvent évoluer d'une façon latente, c'est la diverticulose latente ou diverticulite fruste, ou présenter des signes simulant :

Une appendicite (observation de Le Cène);

Une lésion annexielle (observation de Le Cène, observation de Gaudier);

Une tumeur intestinale :

a) à forme pseudo-néoplasique hypertrophique;

b) à forme pseudo-néoplastique sténosante.

Une forme très spéciale de ces diverticulites à allure pseudo-néoplasique consiste en une fistulisation avec la vessie.

Les signes sont les suivants : passage des matières fécales dans la vessie, phénomènes de cystite et infection urinaire plus ou moins étendue. Cette dernière se traduit par une élévation de température avec des rémissions plus ou moins régulières.

Il y a en même temps altération de l'état général, et le malade prend l'aspect cachectique des cancéreux au stade terminal de l'évolution de leur lésion.

L'apparition de cette complication étant presque toujours considérée comme la signature d'une lésion néoplasique avancée, le malade, sans autre examen, est abandonné à lui-même.

Or, certains de ces malades ont survécu plusieurs années à l'apparition de ce symptôme et le diagnostic de néoplasme s'est trouvé en défaut. C'est alors que les chirurgiens se sont décidés à une laparotomie exploratrice qui les mit sur la voie du diagnostic véritable.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de fistule est facile. Mais le diagnostic différentiel avec un néoplasme du côlon est très difficile.

En tout cas, il faut faire une laparotomie et l'épreuve du traitement, qui est la colostomie.

TRAITEMENT. — Lockart Mummery et Charters Symonds conseillent de recourir à la colostomie. Le premier fait une colostomie permanente et définitive, tandis que le second considère qu'elle n'est qu'un premier temps opératoire et doit être suivie d'une opération curative.

La colostomie doit être faite en amont de la fistule.

Cette colostomie peut se fermer spontanément. Mais c'est exceptionnel, et la fermeture pure et simple de la colostomie après un temps plus ou moins long expose au retour des accidents diverticulaires.

D'après Lockart Mummery, les fistules à la suite de diverticulites ne seraient pas exceptionnelles. Par contre, n'ayant jamais observé de fistule vésico-colique à la suite de néoplasme intestinal, il se demande si, dans la plupart des cas, la fistule n'est pas la conséquence d'un diverticule ignoré.

Norbury a fait, dans un cas, une colostomie définitive et une cystostomie. Un an après, les phénomènes de cystite

avaient disparu. Le malade était considéré comme atteint d'un néoplasme inopérable du côlon.

La cure radicale peut être faite par la voie abdominale, d'emblée si l'état du malade le permet, ou après colostomie temporaire. Elle consiste dans la dissection et l'isolement de la fistule, la fermeture et l'invagination des orifices cystique et intestinal.

Il faut prendre soin de fixer le côlon à distance pour éloigner les sutures l'une de l'autre et éviter ainsi la reproduction des accidents fistuleux.

A côté de ce traitement curatif, il convient de citer le traitement prophylactique, préventif, des diverticules sigmoïdiens.

Les rétrécissements du rectum et de l'anse sigmoïde, au-dessous d'une fistule vésico-sigmoïdienne, tendent à augmenter les dimensions de celle-ci et peuvent être la cause de diverticules sigmoïdiens.

Pour éviter la formation de ces diverticules, Douglas-Sutton [39] conseille de réséquer largement le segment sigmoïdien suspect. La fermeture de la fistule sera aidée par la mise en place d'un tube rectal suffisamment large, introduit plus haut que l'orifice fistuleux.

OBSERVATION VIII.

(BEACH, *Annals of Surgery*, 1896, II, p. 484-487; in PASCAL, obs. 250.)

Un cas de tumeur pelvienne formée par un diverticule de Meckel calcifié, unissant l'iléon et la vessie.

Une femme, âgée de 62 ans, entre à l'hôpital général de Massachusetts. Elle déclare avoir souffert, depuis quinze ans, presque constamment dans la partie inférieure du ventre. La miction a été fréquente le jour et la nuit et, enfin, la malade ne peut plus retenir son urine.

L'urine était épaisse, foncée, mais ne contenait pas de sang frais. Avec l'urine elle rendait par l'urètre des gaz, des parcelles d'aliments et comme de petites pierres.

Poids spécifique de l'urine, entre les 30 septembre et 15 octobre : Elle variait entre 1.012 et 1.030. L'urine était toujours acide et dépourvue de sucre; par contre, le pus, le sang, le détritus granulé, les urates et les cristaux d'acide urique y étaient souvent. Le pathologiste de l'hôpital, le Docteur Whitney, dit que l'urine contient beaucoup de matières fécales.

Au palper on put trouver, avec difficulté, une résistance ferme et profonde à la jonction de la région ombilicale et iliaque gauche. Examen de la vessie relativement au calcul, négatif.

Le 8 octobre, laparotomie. Position de Trendelenburg; épiploon adhère au péritoine pariétal à la moitié inférieure gauche de la paroi abdominale. Ligaments larges et ovaires de chaque côté, atrophiés considérablement, adhèrent à une masse dure comme de la pierre et grosse comme un œuf de poule et attachée fortement à la paroi postérieure de la vessie. Il se montra que la surface de cette masse était calcaire et que sa face postérieure adhérait, par une surface circulaire de $1/2$ centimètre de diamètre, à une anse de l'iléon, à peu près à 2 centimètres au-dessous du cæcum.

Pour enlever la tumeur, il fallait la séparer de l'iléon et de la vessie. Je commençai par l'intestin en enlevant la tumeur, je fis une ouverture dans la paroi de l'intestin, ouverture que je suturai par trois sutures de Lembert, puis je rattachai l'intestin au mésentère. De même, une ouverture dans la vessie fut faite pendant la dissection de la tumeur (près du fond du bassin); je la suturai avec quelque difficulté, non toutefois sans faire échapper quelques gouttes d'urine dans la cavité péritonéale.

Au-dessous de la masse décrite, fut trouvée une corde solide s'étendant du mésentère iliaque à travers le fond du bassin jusqu'à la vessie. Elle fut coupée aux deux bouts et enlevée. Puis vint nettoyage de la plaie, drainage à la gaze et fermeture avec fils de soie. Drainage constant de la vessie par cathéter flexible.

La masse dure unissant l'iléon à la vessie se montra une poche tapissée d'épithélium intestinal. Elle contenait une concretion fécale du volume d'un œuf de pigeon.

La guérison couronna cette opération. Les intestins et la vessie reprirent leurs fonctions. La malade quitta l'hôpital le 26 novembre,

et, le 8 avril 1896, elle m'écrit qu'elle jouit toujours d'une santé excellente.

Le Docteur Whitney m'a communiqué le résultat de l'examen de la tumeur enlevée :

Volume, une petite pomme de terre; forme, sac ovale. Paroi irrégulièrement calcifiée, surface externe rugueuse et fibreuse. Au bout communiquant avec la vessie, il y a un orifice irrégulier de quelques centimètres de diamètre. Au bout intestinal, orifice de 1/2 centimètre de diamètre. Les tissus autour des orifices sont mous sur une petite étendue, puis prennent le caractère mentionné.

Examen microscopique. — Cette membrane consiste en doubles glandes tubulaires doublées d'un épithélium cylindrique, semblable à celui de l'intestin grêle. Du côté de la vessie, il y a simplement des cellules rondes formant une espèce de tissu granulé.

La corde était longue de 5 centimètres, large de 1/2 centimètre. Elle consistait en tissu solide entourant un petit vaisseau; en dehors elle était recouverte du péritoine.

Cette structure correspond le mieux au diverticule de Meckel. Il y avait ici une espèce d'entérocele, puis, à la suite d'une inflammation, les adhérences se firent, enfin vint une fistule vésico-intestinale.

Je n'ai pas pu trouver dans la littérature un cas semblable.

OBSERVATION IX.

(SIDNEY JONES [*in* CHAVANNAZ, obs. XIV].)

64 ans. Fèces dans l'urine depuis un an; la diarrhée augmente leur quantité. Vents par l'urètre.

Fréquentes difficultés dans la miction, par suite des matières s'arrêtant dans l'urètre.

Mort d'infiltration d'urine.

A l'autopsie. — La flexure sigmoïde était stricturée sur une longueur de trois pouces. Sa muqueuse, plissée, offrait des diverticules, dont l'un était ulcéré.

Dans la vessie, calcul de la grosseur d'une fève, formé de matières fécales recouvertes de phosphates.

OBSERVATION X.

(In PRISTAVESCO, obs. XXXVI. — HERCZEL, *Pesther med. Chirurg. Presse*, 1890, p. 24 et 31; cité par PASCAL, obs. 227, et par HEINE W., *ibid.*, *id.*, obs. VIII.)

Fistule vésico-rectale. — Laparotomie, puis colotomie.

Chez un homme porteur d'une fistule vésico-rectale, l'auteur a tenté une laparotomie. Il est arrivé à décoller le rectum d'avec la vessie, ce qui lui permit de constater sur chaque organe un trou de 5 millimètres de diamètre, dont il ne put aviver les bords à cause de la profondeur à laquelle il opérait, mais qu'il parvint à suturer à la soie. Drain de la plaie abdominale, qu'on enlève au bout de quatre jours.

Au bout de neuf jours, issue de pus et de matières fécales par la plaie à l'endroit où était le drain. Matières fécales dans l'urine. Deux mois plus tard, colotomie. Le bout inférieur de l'S iliaque est suturé; le bout supérieur fixé au dehors. Mort du malade au bout de huit jours.

La fistule était due non à un cancer, comme on l'avait cru avant l'opération, mais à la perforation, dans la vessie, d'un des nombreux diverticules que présentait le rectum.

Un seul cas semblable, au dire de Herczel, existerait dans la science : ce serait celui de Sidney Jones.

OBSERVATION XI.

(A. MORISSON, cité par PASCAL.)

Il s'agit d'un malade, J. B..., docteur en médecine, 50 ans. Au mois de septembre 1874, le malade, alors âgé de 47 ans, remarqua un malaise rectal après la miction. Plus tard, le malade eut des rejets de gaz par l'urètre et émission des matières fécales par les urines. Au mois de décembre 1878, se déclara un abcès au périnée

accompagné d'un état général grave. Le 27 décembre, incision de l'abcès suivie d'un état de bien-être, mais qui ne dura que quelques jours. Le malade mourut le 2 janvier 1879.

Autopsie. — Thromboses veineuses multiples, l'anse sigmoïde est épaissie et rétrécie. Au point de réunion de la première et deuxième portion du rectum, rétrécissement admettant à peine l'introduction du bout du petit doigt. Au-dessus et au-dessous, l'intestin est aussi rétréci, en tout sur l'étendue de 3 centimètres. A ce niveau et dans la région avoisinante, la muqueuse a plusieurs diverticules profonds. Tous sont fermés, excepté un. Celui-ci est ulcéré et perforé à sa partie la plus profonde; à travers cette perforation, le doigt entre dans une poche entre le rectum et la vessie. Cette poche est grande comme une noix, elle communique avec la vessie moyennant un orifice situé à la distance de 2 centimètres du canal prostatique. Les parois sont formées manifestement par le tissu cellulaire recto-vésical enflammé. La muqueuse vésicale est d'un gris ardoisé. L'organe contient une quantité de mucus purulent.

Prostate normale. Dans la portion membraneuse de l'urètre, une large perforation, grosse comme un noyau de cerise, communiquant avec le sac incisé du vivant du malade.

OBSERVATION XII.

(In SWINGHEDAuw, obs. de ROWLANDS.)

Homme de 40 ans. Crises de pelvi-péritonite, supposées d'origine appendiculaire, quatre ans avant son entrée; apparition d'une fistule vésico-colique que l'on avait mise sur le compte d'un cancer inopérable du côlon. Malade cachectique. Laparotomie. La fistule siègeait sur la partie moyenne du côlon pelvien et rejoignait le côté gauche de la vessie. Fermeture des brèches vésicale et colique par invagination. Adhérences nombreuses, avec foyers purulents disséminés. Mort par pelvi-péritonite et péricardite une semaine plus tard. On n'avait pas découvert de diverticule à l'opération, mais, après la mort, on en reconnut plusieurs dans la lumière de l'intestin.

Dans un tel cas, il eût été préférable de faire une colostomie préalable, qui eût amélioré la cystite, très pénible et septique et eût rendu l'opération plus facile et plus sûre.

OBSERVATION XIII.

(LOCKART MUMMERY, *in* SWINGHEDAUW.)

Homme de 59 ans. Diverticulite siégeant sur le sigmoïde, à l'union du recto-sigmoïde. Tumeur perceptible, suppuration, obstruction chronique, fistule vésico-colique. Température élevée (39°5). Colostomie. Mort de carcinome secondaire deux ans après.

Homme de 56 ans. Diverticulite à l'union du rectum et du sigmoïde. Douleur, obstruction chronique, perforation de la vessie. Température, 39°5. Colostomie. Malade complètement remis. Revu en bon état trois ans plus tard.

Homme de 55 ans. Même région, perforation de la vessie. Obstruction. Température élevée. Colostomie transverse.

OBSERVATION XIV.

(GARNET, WRIGHT, *Proceedings of the Royal Society of Medecine, Section of Surgery, London, 1922; in* SWINGHEDAUW.)

Homme de 45 ans, souffrant depuis des années de rétention d'urine nécessitant des cathétérismes quotidiens. Trois semaines avant son entrée, il est pris de douleurs, fièvre, diarrhée, vomissements, et, trois jours avant son entrée, les matières commencent à passer dans les urines, ainsi que des gaz à la fin de la miction. Pouls à 80. Ventre un peu distendu, mais ni douloureux, ni contracturé. Prostate dure. Pas d'orifice visible dans le rectum. Diagnostic : Fistule vésico-colique probablement consécutive à une infection gonococcique de la vessie.

Les lavages de la vessie n'amenant aucune amélioration, on opère le 30 octobre 1911. Incision sus-pubienne. On trouve un appendice

épiploïque du sigmoïde adhérent à la face postérieure de la vessie, très bas dans le pelvis. L'adhérence est disséquée, et l'on trouve au milieu d'elle le trajet fistuleux entre la vessie et le côlon. Fermeture des ouvertures colique et vésicale par une double rangée de sutures, celle de la vessie étant particulièrement difficile. Convalescence mouvementée. Les sutures vésicales cèdent, laissant passer les urines par la plaie, et la fistule se reproduit.

Après cicatrisation de la plaie, nouvelle intervention. Nouvelle suture de la vessie et de l'anse sigmoïde. Mais, pour éviter la reproduction de la fistule, due probablement à la proximité des deux sutures, on fixe l'anse sigmoïde malade à la fosse iliaque gauche par plusieurs points de suture. Guérison. Malade revu quelques années plus tard, en bon état.

LE TRAITEMENT DES FISTULES VESICO-INTESTINALES CONSECUTIVES A UNE INFLAMMATION BANALE EN GENERAL.

Nous venons d'étudier le traitement des fistules d'origine appendiculaire, annexielle ou diverticulaire. Mais ce n'est pas toujours une lésion inflammatoire banale de l'appendice, des annexes ou d'un diverticule sigmoïdien qui amènera une communication intestino-vésicale.

Le champ des fistules inflammatoires est beaucoup plus vaste et n'importe quelle région de l'intestin ou de la vessie peut en être le point de départ.

Nous n'insisterons pas sur le traitement médical déjà décrit à propos des fistules appendiculo-vésicales. Par une nourriture appropriée on combattra, autant que possible, l'infection par voie digestive et on assurera l'évacuation de la vessie par une sonde à demeure. Des lavages vésicaux et rectaux, la bonne position du malade pendant la miction, le relèvement de l'état général sont autant de facteurs qui pourront éviter au malade une opération.

Mais c'est dans ces fistules inflammatoires que le traitement chirurgical donnera le maximum de résultats. Dans beaucoup de cas, il sera non seulement palliatif, mais aussi curatif.

Le mode d'intervention, la voie d'accès varieront suivant les caractères et le siège de la fistule.

Avec Chavannaz, nous diviserons les fistules en :

Fistules basses, ou recto-vésicales;

Fistules hautes, ou intestino-vésicales proprement dites.

1° FISTULES BASSES OU RECTO-VÉSICALES. — On peut intervenir :

a) *Par la voie rectale*, étudiée par Rooth [99], Billroth et Rotter [100].

On peut employer cette voie, quand on est en présence d'une fistule basse, bimuqueuse, sans adhérence ni foyer intermédiaire.

On atteint la fistule par l'anus, après section du sphincter ou dilatation sans section du sphincter. On avive les orifices et on suture.

b) *Par la voie périnéale*. — On peut faire, suivant la méthode de Zuckerkandl [127], à 3 centimètres en avant de l'anus, une incision transversale de 7 centimètres dont les extrémités vont en divergeant vers les ischions.

Rochet [98] et Durand ont décrit une incision en H, la barre transversale de l'H passant à 5 centimètres en avant de l'anus, les deux bras traçant une ligne du scrotum à l'anus ou un peu avant.

On chemine entre le rectum et la prostate jusqu'à la fistule. On sépare le rectum de la vessie, on suture isolément les deux orifices et on laisse une mèche entre les deux sutures.

Cette voie convient aux fistules basses avec poche intermédiaire.

c) *Par la voie transvésicale*. — Cette voie, décrite en 1884 par Le Dentu [67], par Trendelenburg, a été appliquée par Pousson [92] en 1894.

Après une taille sus-pubienne, on attire la fistule au jour. On fait un avivement large ($1/2$ cm.) et on suture la surface cruentée. On évite, en suturant, de rétrécir la lumière de l'intestin et on enfouit les fils dans l'épaisseur des parois vésicales. La suture est faite à deux étages : profond et superfi-

ciel. On termine en fermant partiellement la vessie et en drainant pendant huit à dix jours.

On ouvre ainsi la vessie haut et sans passer par le péritoine.

Cette voie est commode quand il y a un calcul à enlever et quand il n'y a pas de cavité intermédiaire.

2° FISTULES HAUTES OU INTESTINO-VÉSICALES PROPREMENT DITES.

— Le traitement rationnel, idéal, de la fistule intestino-vésicale est « la séparation par laparotomie de deux orifices réunis en un seul et la suture isolée de deux organes : intestin et vessie, injustement accolés » (Legueu) [69].

On fait une laparotomie sous-ombilicale, par incision médiane, grande, mais prudente; il faut, en effet, se méfier de la péritonjite adhésive.

Si on rencontre des adhérences, on les rompt. On recherche les clapiers et on les étanche. On tâche ensuite de reconnaître le siège de la communication anormale sur l'intestin. Une fois découvert, on place deux longues pinces caoutchoutées en amont et en aval de la fistule pour éviter si possible l'effusion des matières fécales dans le péritoine. On place également une pince caoutchoutée sur la vessie, près de la fistule. Puis on s'efforce de détacher l'anse malade de la vessie.

Si les orifices fistuleux sont petits et uniques, on pratique la suture à double plan séparée de chaque orifice et on ferme la plaie abdominale en laissant un drainage hypogastrique.

Mais l'intervention ne se passe pas toujours aussi simplement.

La multiplicité, la grandeur des orifices intestinaux obligent parfois le chirurgien à une résection intestinale. On peut même être amené à faire une exclusion partielle suivant la méthode de Hochenegg : section de l'anse en amont et en aval de l'obstacle; fermeture des deux bouts et réunion du segment supérieur au segment inférieur.

Dans certains cas, on pratique aussi l'invagination du segment supérieur de l'intestin dans le segment inférieur.

Si des orifices fistuleux multiples siègent à la fois sur l'intestin grêle et sur le gros intestin, on fait une double entérorraphie, ou, quand l'état du malade ne le permet pas, une entérorraphie sur le grêle avec anus contre nature sur le gros intestin.

Lorsqu'on fait la suture de l'orifice vésical ou une résection partielle de la vessie, si les conditions ne l'autorisent pas, il faut être très prudent si la fistule est au voisinage des uretères. Certains échecs de cure de fistules peuvent être expliqués par la prise d'un orifice urétéral dans la suture.

Quand la suture de l'orifice vésical se fait après séparation des parois vésicales et intestinales, la *cicatrice est linéaire*.

Dans les cas de fermeture après simple avivement des bords fistuleux, la cicatrisation prend l'aspect d'un petit entonnoir ou diverticule de la paroi vésicale : la *cicatrice est dite plate*.

Les cicatrices linéaires ont tendance à la disparition; les cicatrices plates à l'éversion de la paroi vésicale.

Chez la femme, les cicatrices plates ont été jugées comme une conséquence du procédé de Wolkovitsch-Küstner [126], dans lequel on suture seulement l'orifice intestinal au col de l'utérus, tandis qu'on laisse l'orifice vésical se cicatriser par bourgeonnement.

Si les résultats obtenus par la suture séparée des deux orifices sont meilleurs, il ne faut cependant pas exagérer les inconvénients de la cicatrisation après avivement. D'après W. Hannes [53], les diverticules des cicatrices plates ne seraient pas un danger pour le fonctionnement de la vessie et même par le procédé de Wolkovitsch-Küstner, on éviterait de prendre dans la suture un des uretères dans leur trajet intrapariétal.

Nous citerons enfin une méthode de traitement qui a été essayée dans deux cas par M. Villemin [120] (de Nice) : l'étingelage.

Le premier cas était une fistule inflammatoire, le deuxième une fistule tuberculeuse.

Dans la fistule inflammatoire, l'orifice intestinal était situé

à la jonction de l'anse sigmoïde et du rectum, l'ostium vésical au sommet de la vessie.

Après deux applications de courant de haute fréquence, disparition de la pneumaturie et des débris alimentaires dans les urines.

Dix-huit mois après la dernière application de courant, la guérison s'était maintenue.

La fistule tuberculeuse s'était établie chez un malade qui, depuis deux ans, présentait de la pyurie avec colibacilles et B. K. Elle était accompagnée des signes classiques de fistule vésico-intestinale (pneumaturie, débris de matières fécales dans les urines). L'épreuve des liquides colorés était positive : c'était une fistule vésico-rectale dont l'orifice haut situé était au sommet de la vessie.

Après une première application d'électro-coagulation, disparition de la pneumaturie et de la pyurie.

Mais, depuis, le pneumaturie tendait à reprendre : elle s'était manifestée deux ou trois fois.

L'étincelage, appliqué aux traitements des fistules vésico-intestinales, est une méthode nouvelle (1927) qui n'a pas encore eu le temps de faire ses preuves.

A l'heure actuelle, ce qu'on peut en dire c'est qu'elle ne convient pas à tous les cas. Certaines conditions anatomiques et pathogéniques sont requises :

Conditions anatomiques. — L'orifice vésical doit être *haut situé*, de façon à faciliter l'accolement ou la discontinuité du trajet, après l'application de haute fréquence, par la mise au repos de la vessie au moyen d'une sonde à demeure laissée quinze jours après chaque intervention.

La fistule doit être, aussi, étroite et directe.

Conditions pathogéniques. — L'étincelage convient aux fistules inflammatoires.

Les fistules de cause indéterminée avec adhérences anciennes ou consécutives à des lésions bacillaires peuvent aussi en bénéficier.

L'infection vésicale doit être discrète, comme c'est le cas des fistules à point de départ intestinal.

OBSERVATION XV.

(PASCAL, obs. 246. — POUSSE, résumé de l'obs. 95 de CHAVANNAZ.)

Homme de 29 ans. Aucune affection antérieure. En 1893, après copieux repas, douleurs abdominales violentes avec évacuations alvines accompagnées de douleurs vésicales et de mictions fréquentes purulentes. Six mois après, également après un repas copieux, mêmes phénomènes, mais, en plus, avec émission de gaz par l'urètre et rejet, quelques jours après, de matières fécales passées à la filière (n° 12). Cet état dure un an, avec des intervalles de plusieurs semaines de repos, sauf depuis six mois, où les accidents sont journaliers. Les gaz urétraux font un tel bruit que le malade n'ose uriner dans un water-closet public.

A l'examen, on trouve dans la région iliaque droite, à la palpation, un empatement limité, douloureux, mieux appréciable par le toucher rectal combiné. Les organes génitaux paraissent sains. Urines claires non purulentes, mais contenant de petits cylindres de matière fécale jaunâtre; pas de bacilles de Koch. Au cystoscope, vessie en apparence normale, sauf à droite et en haut où il existe une tâche brunnâtre ecchymotique.

Opération. — Chloroforme. Cystostomie longitudinale sus-pubienne. Inspection vésicale avec une petite lampe électrique; fin pertuis à l'union de la face latérale droite et de la face inférieure de la vessie, à 4 centimètres du col. Avivement de l'orifice, suture au catgut; tubes de Guyon-Périer. Résultat parfait pendant cinq jours; mais, le sixième, gaz et matières par l'urètre; ces phénomènes disparaissent peu à peu, et, pendant trois mois, le malade peut se considérer comme guéri. Mais, en novembre 1896, les gaz et les matières repassent par l'urètre; cet accident ne se reproduit qu'à intervalles éloignés souvent de plusieurs semaines, et le malade n'en est pas incommodé comme avant l'opération.

OBSERVATION XVI.

(Communication de LEGUEU à la Société française d'urologie.)

Mlle L. E..., de Saint-Benoît-du-Sault, m'est envoyée le 23 mars 1923 par le Docteur Fauvet.

Cette jeune fille se plaint de rendre par la vessie des matières intestinales en très petite quantité et de temps en temps.

Par ailleurs, les urines sont claires, il n'y a pas d'infection; elle urine deux ou trois fois par jour et pas davantage, et c'est seulement lorsqu'elle a de la diarrhée qu'il y a quelques matières incontestablement reconnaissables. Il y a aussi des gaz, mais très rarement et très peu, et la pneumaturie préoccupe peu cette malade.

Rien dans son passé n'explique cette communication. Il n'y a jamais eu d'infection, pas de péritonite, ni de salpingite.

Le ventre est souple, sans sensibilité à la pression.

On trouve simplement dans son passé, il y a une dizaine d'années, une période où la santé fut plutôt défavorable : on eut à de l'anémie.

Ce qu'elle présente a évolué sans réaction, sans infection concomitante jusqu'à aujourd'hui.

A l'examen cystoscopique, la vessie est absolument saine en bas. Les orifices urétéraux sont punctiformes et égaux et sans vascularisation. La bulle d'air est cependant plus élargie qu'il ne le faudrait pour la quantité d'air introduite dans la vessie, et j'aperçois au-dessus de cette bulle d'air une zone un peu confuse où il me semble voir un orifice entre 11 heures et midi.

Dans ces conditions, je pense qu'il y a fistule intestino-vésicale, que cette fistule vient de l'intestin grêle, qu'elle siège en haut et à droite de la vessie et qu'elle est insignifiante comme volume et comme proportions.

Par conséquent, l'opération est indiquée, avec l'espérance de pouvoir faire la séparation des deux orifices et la suture isolée de chacun d'eux.

Opération. — Le 12 avril, laparotomie médiane sous anesthésie à l'éther.

La cavité pelvienne est pleine d'adhérences filamenteuses englobant les anses de l'intestin grêle.

Je décolle quelques-unes de ces anses et m'aperçois que l'une d'elles est plus aisément adhérente à la partie supérieure et droite de la vessie. J'essaie la séparation et j'ouvre, en effet, l'intestin d'un côté, et la vessie de l'autre.

Je libère les deux orifices suffisamment, et, ensuite, je pratique la suture de l'orifice intestinal, d'abord par deux plans de suture muco et séro-séreux, aussi exactement que possible, à la soie fine. Ensuite, je pratique la suture de l'orifice vésical avec un premier plan de catgut chromé à trois points, et un deuxième plan de soie fine comprenant la couche péritonéale et la couche musculaire; et, pour séparer plus exactement les deux orifices, je prends un fragment d'épiploon que je détache sous une ligature de catgut. Je le cache dans l'angle intermédiaire à l'intestin et à la vessie et le suture par quelques points de catgut approprié.

Un drain est placé dans la cavité pelvienne.

Toutes ces manœuvres ont été exécutées sans que l'utérus ait été vu : les anses intestinales, en effet, remplissent le cul-de-sac antérieur et recouvrent l'utérus.

Sonde de Pezzer à demeure pendant trois jours, au delà desquels elle fut enlevée, et la malade urina spontanément.

Les fils furent enlevés au douzième jour. La malade est partie au dix-huitième dans son pays, guérie.

OBSERVATION XVII.

(H. THOMSON [113], *Zentralbl. f. Gynec.*, Leipzig, 1903, t. XXVII, p. 1498-1500.)

Fermeture plastique des fistules vésico-intestinales par le col de l'utérus.

M^{me} H..., 32 ans, pendant la 6^e grossesse eut un *avortement difficile* qui dura trois jours. Le fœtus, assez gros, avait cinq mois pleins.

Depuis l'avortement, elle *perdait ses urines*. A l'examen, on constata une fistule vésico-intestinale devant le col utérin, qui était facilement accessible à deux doigts. La fistule était entourée de tissus

cicatriciels très développés sur toute la paroi latérale gauche. Elle était solidement fixée par sa partie antérieure gauche à l'os pubien. L'utérus très peu mobilisable.

3 mai 1903 : Opération par *voie vaginale*. On coupa les bords de la fistule et on détacha les adhérences prévésicales. Après la mobilisation du col utérin, la vessie fut fermée par huit points de suture et les bords de la plaie intestinale furent solidement attachés à la paroi antérieure du col utérin par huit points profonds.

Tampon intestinal et sonde à demeure dans la vessie.

Les deux premiers jours, l'urine est un peu sanguinolente.

Le 13 mai, la sonde fut enlevée; la malade ne souffrait plus au moment des mictions.

Elle urinait toutes les deux heures dans la journée et deux fois dans la nuit.

Le 16 mai, on enleva les fils. Guérison.

OBSERVATION XVIII.

(Henri HARTMANN [56], *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1906, t. XXXII, p. 959.)

Fistule double faisant communiquer le côlon et la vessie, puis la vessie et le vagin. — Fermeture de la fistule intestino-vésicale, puis de la fistule vésico-vaginale. — Guérison.

G..., 25 ans, entre le 14 juin 1903 dans notre service, à l'hôpital Lariboisière, salle Lailler, n° 9, parce qu'elle perd par le vagin ses urines mêlées de matières fécales.

Cette malade raconte que, six ans auparavant, en avril 1896, on lui fit, à Besançon, une taille vaginale pour un calcul dont le centre était formé par une épingle à cheveux. Trois semaines après l'opération, on constata dans ses urines la présence de pépins de figues, puis de matières fécales nettement reconnaissables.

Une première tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale, en juin de la même année, ne fut pas suivie de succès. La malade vint alors à Paris et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Po-

taillon. Celui-ci tenta de nouveau inutilement de fermer la fistule vésico-vaginale. Il chercha ensuite, dans l'intérieur du rectum, l'orifice de la fistule intestino-vésicale, mais ne la trouva pas. Une troisième tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale n'aboutit de même à rien. La malade se décourage alors et ne fait plus rien pendant cinq ans.

Lorsqu'elle entre dans notre service, elle perd la plus grande partie de ses urines par le vagin; une petite quantité est émise par l'urètre. Celle-ci contient du pus en abondance et est mêlée de matières fécales, quelquefois en morceaux reconnaissables. Des gaz passent par la vessie en produisant un bruit de clapotement. Lorsque la malade se purge, les matières passent en abondance par la vessie; les lavements refluent de même en partie par celle-ci. Lorsque l'on injecte de l'eau en certaine quantité dans la vessie, quelques gouttes de liquide apparaissent à l'anus.

Le col utérin est mou, régulier; son orifice, légèrement entr'ouvert, regarde en bas et en arrière; le corps est en antéflexion normale; on ne sent de tuméfaction en aucun point; cependant, en arrière et à gauche, profondément, contre la paroi de l'excavation, au voisinage du détroit supérieur, on trouve une vague induration un peu sensible à la pression.

Le toucher rectal ne fait rien sentir de particulier.

Après application d'une valve de Sims, on voit, en un point correspondant à peu près au col vésical, un orifice fistuleux de petites dimensions entouré d'une paroi amincie; l'urètre est libre et nullement rétréci.

Malgré son infirmité, la malade a mené une grossesse à terme et sans incident il y a dix mois. Elle a toujours joui d'une bonne santé, à part ce fait que, vers l'âge de 44 ans, elle a eu dans la région cervicale droite un abcès qui a mis des mois à se fermer et a laissé une cicatrice difforme.

Le 1^{er} juillet 1903, après anesthésie, nous pratiquons la cystoscopie directe avec un tube urétroscopique et un miroir frontal. Dans le segment postérieur gauche de la vessie, nous voyons un orifice fistuleux qui se présente avec une apparence rappelant celle que donne à l'endoscope un urètre de femme. Une pince, introduite dedans,

pénètre dans l'intestin, établissant que la fistule a des dimensions considérables, à peu près celles d'un urètre de femme. La muqueuse vésicale est saine dans tout le reste de son étendue. L'examen du rectum, pratiqué avec un tube rectoscopique, montre que l'ampoule est saine et que, par conséquent, la communication est plus haut située, sur le côlon pelvien.

Le 6 juillet 1903, fermeture de la fistule colo-vésicale. Après lavage de la cavité vésicale à l'eau boricuée, par une incision médiane intermédiaire au pubis et à l'ombilic, nous ouvrons le ventre de la malade, placée en position élevée du bassin. L'excavation vidée des anses qui s'y trouvent, nous voyons que le côlon pelvien adhère à la face postérieure du ligament large gauche un peu au-dessous et en dedans de la fossette ovarienne, à 1 cm. $1/2$ en dehors du bord gauche de l'utérus. Nous commençons à décoller ce côlon: nous arrivons à le séparer facilement jusqu'au moment où il ne reste plus qu'une zone du diamètre d'un crayon, qui ne peut être séparée avec l'ongle.

Il semble qu'à ce niveau, une sorte de diverticule de l'intestin s'enfonce dans le ligament large. Nous le sectionnons au bistouri à ras du ligament large, repérant, à mesure que nous faisons la section, les bords du trou du ligament large avec des pinces de Kocher. Relevant le côlon libéré et l'amenant à l'extérieur, nous fermons sa perforation avec trois points séparés au catgut, qui comprennent toutes les tuniques de l'intestin, puis nous enfouissons ce premier rang de sutures sous une suture non perforante à la soie.

Nous revenons alors à l'orifice vésical, qui a laissé écouler quelques gouttes de liquide au moment de la section, et le fermons par un premier surjet au catgut que nous enfouissons sous cinq points non perforants à la soie.

Drain dans le cul-de-sac recto-utérin. Fermeture de la paroi abdominale à trois plans. Une sonde de Pezzer à pastille perforée est placée dans la vessie par la fistule vésico-vaginale.

Le drain est retiré le quatrième jour, et la guérison a lieu sans incidents. A partir de ce moment, la fistule intestino-vésicale est fermée.

Nous partons en vacances, laissant à notre collègue Michon le

soin de fermer la fistule vésico-vaginale. Celui-ci l'opère sans succès et la malade quitte le service découragée.

Nous la revoyons cette année. La fistule vésico-vaginale est toujours dans les mêmes conditions.

Le 31 octobre 1906, fermeture de la fistule vésico-vaginale. Après avivement, nous suturons la fistule avec trois fils d'argent, maintenus avec des plombs perforés et écrasés sur les fils, à la manière des tubes de Galli. Nous enlevons les fils le 10 novembre; la fistule semble définitivement fermée. La malade urine normalement et peut être regardée comme guérie de sa double infirmité.

OBSERVATION XIX.

(CERNÉ [24], *Normandie médicale*, 1906, p. 183-187.)

Fistule vésico-intestinale. — Sutures intra-abdominales. — Guérison.

M..., 44 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1903.

Antécédents héréditaires excellents.

Dans l'enfance, il a eu de l'entérite jusqu'à l'âge de 5 ans.

A 39 ans, il a une orchite gauche et nie tout accident blennorrhagique. Deux ans après, nouvelle orchite, mais on n'en trouve pas de traces à l'heure actuelle.

C'est dans l'intervalle de ces deux orchites, en 1901, qu'il commence à se plaindre de la vessie, où il éprouve des douleurs, surtout après la miction. On aurait, dès ce moment constaté du pus dans ses urines, et on lui ordonne des capsules de térébenthine et le régime lacté.

Bientôt il s'aperçoit que des gaz sortent par le canal de l'urètre, puis des matières fécales, avec des fragments de nourriture non digérée, tels que pépins de pommes et de raisins.

Pendant longtemps, ces accidents sont intermittents, séparés par plusieurs jours d'intervalle; ils ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire. Malgré les conseils du docteur Peyroux, d'Elbeuf, il hésite à se soumettre à une opération. Mais, depuis un an, les accidents cessent d'être intermittents, ils sont continuels, et ses souff-

frances le décident à se faire opérer. Il faut d'ailleurs noter que ses douleurs ont toujours été vésicales ou lombaires; on ne retrouve aucun symptôme de péritonite, en particulier de vomissements.

D'ailleurs, l'état général n'est pas mauvais. M... est gras, plutôt obèse, mais à chairs flasques et pâles. Ses sommets sont suspects; respiration légèrement soufflante à droite en arrière, et à gauche en avant.

L'urine contient du pus en assez grande quantité et un excès de sels minéraux.

Le toucher rectal montre une prostate saine, un peu de résistance au-dessus de la prostate; on ne perçoit pas d'orifice, aussi haut qu'on puisse atteindre.

La palpation abdominale, difficile par suite de l'épaisseur de la paroi, ne fait rien sentir de précis, peut-être, cependant, un peu de résistance dans la fosse iliaque gauche. C'est de là, prétend le malade, que partent les gaz qui vont être évacués par la vessie.

L'injection de lait par le rectum est bientôt suivie de son apparition dans la vessie; il suffit de 10 grammes de lait, ce qui indique que la communication siège assez bas, probablement au niveau de l'S iliaque. Le cathétérisme vésical ne fait pas sentir de corps étranger.

Opération (le 6 mars 1905). — Laparotomie sus-pubienne. La couche de graisse sous-cutanée est extrêmement épaisse. Dans la position de Trendelenburg, on découvre facilement l'adhérence du sommet de l'S iliaque à la partie supérieure de la face postérieure de la vessie. Il n'y a aucune adhérence péritonéale et il n'existe ni canal ni poche entre les deux organes, qui sont intimement accolés.

Je les sépare au bistouri; la fistule est bien garnie de muqueuse, large de 3 millimètres environ. Il ne s'écoule ni matières ni urines, et je fais séparément une suture intestinale et une suture vésicale par deux plans, total et séro-séreux.

Drainage et sonde à demeure.

La guérison de la plaie opératoire n'a été troublée que par la formation d'un petit abcès dans un épanchement sanguin assez abondant sous la peau et l'abondance des sels qui obstruent la sonde, d'ailleurs rapidement supprimée.

A plusieurs reprises, le malade croit sentir quelques gaz passer par l'urètre, mais il est certain que la fistule est bien fermée. Une injection de lait, faite à plusieurs reprises dans le rectum, ne revient pas avec l'urine.

Par contre, les urines ne s'éclaircissent pas, il semble même qu'elles deviennent plus purulentes, malgré des lavages vésicaux et des instillations de nitrate d'argent. Notons aussi que, le 16 mars, il a uriné quelques gouttes de sang pur.

Il sort le 22 avril. A cette date, les urines sont redevenues plus claires, mais M... se plaint de souffrir en urinant.

A la vérité, son histoire n'est pas finie. Rentré chez lui, il continua de souffrir. Le 20 mai, il expulse deux petits calculs de la grosseur d'un pois. En août, l'urine redevient très purulente, mélangée de sang; à la fin de chaque miction, il éprouve une vive douleur et expulse quelques gouttes de sang pur.

Il rentre à l'hôpital le 18 septembre, les symptômes d'un calcul vésical n'étant pas douteux et étant facilement confirmés par le cathétérisme.

Opération le 22 septembre. — Taille sus-pubienne. Je retire un calcul phosphatique ayant 5 centimètres de longueur sur 3,5 de largeur. Ouvert, on trouve à son centre une enveloppe d'amande.

Drainage vésical et sonde à demeure.

Il sortait, le 9 octobre, complètement guéri et avec des urines parfaitement claires.

OBSERVATION XX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

Calcul de la vessie. Fistule vésico-intestinale datant de plus de quarante ans.

C...-H... (Marguerite), 65 ans, entre, le 11 juillet 1928, au Tondu, salle C, parce qu'elle urine difficilement.

Les mictions sont peu abondantes.

Hématurie terminale se réduisant à l'émission de quelques filets de sang.

Urines très purulentes à odeur fétide.

Ces accidents existent depuis trente-cinq ans environ. Ils ont apparu à la suite de l'accouchement de son fils (42 ans).

Elle voit de temps en temps, dans ses urines, des matières plus ou moins digérées. On fait le diagnostic de fistule vésico-intestinale.

Analyse d'urine :

Sucre, 0;

Albumine, 1 gramme;

Urée, 5 g. 5.

Urée sanguine, 0,80 p. 1.000.

On lui déconseille l'intervention.

Peu à peu, les mictions se montrent plus difficiles. Pollakiurie nocturne. Jamais de crises douloureuses.

Antécédents personnels. — Rien. Deux enfants, l'un bien portant, l'autre mort il y a onze ans.

Cystoscopie: Calcul vésical.

A ce moment, urée sanguine : 0,93 p. 1.000.

Cystotomie, le 18 juillet 1928, sous Kélène (Prof. Duvergey, Doct. Ramarony). On retire un calcul de la grosseur d'une amande.

Urée p. 1.000 : 0.40.

A l'autopsie. — Fistule faisant communiquer le sommet de la vessie avec le côlon ascendant au niveau d'un amas scléreux englobant l'appendice et la fin de l'iléon.

Wassermann positif.

On fait à la malade du cyanure de mercure intraveineux, du sulfarsénol. On lui donne du sirop de Gibert.

Exéat le 29 septembre 1928.

Revient dans le service.

Décédée le 6 décembre 1928.

L'étiologie de cette fistule n'est pas très précisée.

On a eu sans doute affaire à une fistule inflammatoire, à la suite d'une infection puerpérale, par exemple. Secondairement à l'infection vésicale s'est formé un calcul.

Peut-être la syphilis n'est-elle pas étrangère à cette affection.

En tout cas, quand la malade est entrée dans le service, son état général était si mauvais qu'aucun traitement n'a pu donner de résultats.

FISTULES VESICO-INTESTINALES NEOPLASIQUES

Les fistules vésico-intestinales néoplasiques sont dues à l'envahissement, par un cancer de l'intestin, de la vessie ou, beaucoup plus rarement, par une tumeur vésicale, de l'intestin.

Sur les 35 observations que cite Pascal, la lésion siégeait :

- 1 fois sur le grêle (sarcome de l'iléon);
- 23 fois sur le rectum;
- 3 fois sur le côlon;
- 7 fois sur l'S iliaque;
- 1 fois sur le cæcum.

L'ouverture de l'intestin dans la vessie entraîne, en général, une aggravation de l'état général.

Dans certains cas, la création d'une fistule vésico-intestinale a pu constituer un phénomène presque heureux en mettant fin à une crise d'occlusion intestinale.

Cet anus contre nature vésical amène avec la débâclé vésicale une légère amélioration. Mais cette amélioration est trompeuse et passagère.

Un diagnostic de fistule vésico-intestinale néoplasique doit être confirmé par une laparotomie exploratrice et une biopsie. Il est, en effet, souvent très difficile de la différencier d'une fistule diverticulaire et, tandis que le néoplasme est une contre-indication à une thérapeutique active, un diverticule peut être traité chirurgicalement avec fruit.

Le traitement de la fistule néoplasique sera essentiellement palliatif.

La communication intestino-vésicale, s'établissant ordinai-

rement à la fin de l'évolution du cancer, une résection intestinale, par exemple, ne sera pas supportée par le malade.

On se bornera à faire une colostomie ou un anus contre nature :

Anus cæcal;

Anus angulo-colique gauche;

Anus iliaque gauche,

suivant le siège de la lésion.

S'il s'agit d'une tumeur survenue chez un syphilitique ancien, le traitement antisiphilitique peut amener, sinon une guérison, du moins une amélioration de l'état général et local.

Si le malade n'est pas trop affaibli, si la fistule ne s'est pas établie à la fin de l'évolution du néoplasme, une résection intestinale pourra être envisagée.

OBSERVATION XXI.

(Francis HEUSTON [45], *Brith. med. Journ.*, 1894, p. 405;
résumée in CHAVANNAZ, obs. 52.)

X..., 35 ans. En janvier 1891, douleurs, mictions fréquentes; il crut voir des matières fécales dans les urines. Après une selle liquide par purgation, les matières passèrent dans l'urine. Urine acide avec faible dépôt de phosphates et mucus.

Du lait injecté dans la vessie ne passait pas dans l'intestin. Quelques minutes après l'injection de salicylate de soude dans le rectum, on trouva ce sel dans l'urine. Une injection intravésicale de salicylate de soude ne passait pas dans l'intestin. Gaz et matières fécales dans les urines.

Laparotomie : Vessie adhérent à la courbure sigmoïde du côlon. Cette adhérence fut facilement détachée par la vessie, perforation de la grosseur d'un pois, avivement, double plan de sutures.

Résection de trois pouces d'intestin et réunion des deux bouts par la suture de Czerny-Lembert.

Mort dans le collapsus le quatrième jour après la laparotomie.

Autopsie. — Pas de péritonite; les sutures avaient bien tenu.

L'examen histologique a montré un épithélioma.

OBSERVATION XXII.

(M.-H. MORESTIN [79], *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 778-781.)

Présentation de pièce.

Fistule vésico-intestinale consécutive à un cancer du côlon pelvien.

Le 3 février de cette année 1908, on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, un vieux marchand d'habits, L... (L.), âgé de 67 ans, atteint d'une hernie étranglée. Il s'agissait d'une hernie inguinale droite, jusque-là réductible, et qui, brusquement, avait cessé de l'être, en provoquant tous les signes bien connus de l'étranglement. L'examen ne révélait rien que de banal et parfaitement classique.

La kélotomie, pratiquée sans retard, ne montra non plus rien de particulier; le sac contenait une anse grêle baignant dans de la sérosité roussâtre, et cette anse, encore en bon état, fut réduite aisément après débridement du collet. Bref, les choses se passèrent de la façon la plus simple, la plus ordinaire, et sans le moindre incident.

Aucune complication ne vint d'ailleurs troubler la réparation de la plaie opératoire, qui guérit en huit jours par première intention.

Mais, coïncidence singulière, à partir de l'intervention, le malade n'émit plus une seule goutte d'urine par l'urètre, et la totalité des urines s'écoula par l'anus.

Pendant quatre jours, on nota que les matières fécales mêlées d'urine contenaient, en outre, du sang et même des caillots sanguins en assez grande quantité, indiquant une notable hémorragie.

Le malade, qui, déjà, avant les accidents survenus du côté de sa hernie, était dans un état de sénilité très accentué, s'affaiblit et déclina rapidement, et quand, le 1^{er} mars, je pris la Clinique de l'Hôtel-Dieu, je le trouvai dans un tel état de cachexie, de déchéance et de marasme, que je dus porter immédiatement le plus sombre pronostic.

L... était non seulement incapable de quitter son lit, mais même de s'asseoir ou de se retourner. Il ne s'alimentait presque plus

Chaque demi-heure, il émettait, par l'anús, une sorte de purée fécalo-urineuse d'odeur abominable, l'urètre ne laissant toujours passer aucune goutte d'urine. L'anús paraissait très irrité, les plis radiés étaient épaissis, rougeâtres et semés d'exulcérations. Sur tout le pourtour de l'anús, les téguments étaient épaissis, indurés, rigides, lichénifiés. Une escarre occupait la région sacrée.

Le toucher rectal permit seulement de reconnaître une hypertrophie prostatique considérable; on ne put sentir, ni tumeur, ni induration de la paroi rectale, ni perforation.

Une sonde, introduite dans la vessie, ramena quelques gouttes d'urine trouble; la vessie était donc vide; l'urine ne s'y accumulait pas et passait très rapidement dans l'intestin. D'autre part, rien du contenu de l'intestin, ni gaz, ni matières, ne passait dans la vessie.

Une injection d'eau colorée avec le bleu de méthylène fut poussée dans la vessie; elle revint immédiatement par l'anús.

L'exploration du rectum à l'aide d'un rectoscope permit d'inspecter la cavité rectale sur une assez grande hauteur, mais je ne pus apercevoir la communication. Je n'eus, par contre, aucune peine à m'assurer que la muqueuse rectale était très enflammée par le contact de l'urine, couverte de muco-pus, et présentait des dilata-tions vasculaires et des suffusions sanguines.

Je me gardai d'ailleurs de prolonger ces manœuvres; elles m'avaient appris que la fistule siégeait relativement haut sur l'intestin et n'était pas abordable par le périnée. J'insistai d'autant moins que le malade me paraissait hors d'état de supporter une intervention. La sonde en gomme introduite dans la vessie nous avait, par un frottement un peu rude, donné le soupçon d'un calcul. Le malade avait d'ailleurs subi antérieurement la lithotritie. Admettant volontiers la présence d'une concrétion calculeuse dans la vessie, et ayant envisagé la possibilité de l'origine calculeuse de l'accident, nous pensions plutôt que la communication devait être attribuée à quelque néoplasme, probablement du gros intestin. L'exploration de la vessie avec un instrument métallique semblait à première vue un peu dangereuse, la vessie étant vide, rétractée, l'énorme hypertrophie de la prostate devant rendre plus délicat encore cet examen, d'ailleurs peu utile. En effet, le malade nous pa-

raissait perdu, et dès lors il valait mieux lui épargner toute chose pénible.

De fait, il se cachectisa de plus en plus, son escarre s'étendit vers les régions fessières, la langue devint sèche. Il dura jusqu'au 11 avril, où il finit par s'éteindre après une crise de vives douleurs vésicales et issue de quelques gouttes de sang par la verge. C'était la première fois depuis son entrée qu'il souffrait de cette manière et émettait du sang par cette voie.

L'autopsie, pratiquée le 12, me montra que la vessie contenait un calcul gros comme un œuf de pigeon. Il était placé verticalement et la paroi vésicale, épaisse et dure, s'appliquait presque exactement à sa surface. En dépit de l'hypertrophie prostatique énorme, il n'y avait pas de bas-fond appréciable; la partie supérieure de l'organe, elle, était très peu large, d'un demi-centimètre environ.

C'était avec le côlon pelvien que communiquait la cavité vésicale; les deux organes étaient directement accolés l'un à l'autre. A la palpation, on sentait à ce niveau une masse dure dans l'épaisseur du côlon. L'ouverture de cet intestin montra qu'il s'agissait bien d'un cancer de l'intestin, peu volumineux, occupant toute la circonférence de l'organe et obstruant presque sa lumière.

Les uretères, bassinets et calices étaient dilatés, contenant de l'urine trouble. Les reins distendus, médiocrement d'ailleurs, offraient dans l'épaisseur de la substance médullaire un certain nombre de kystes dont plusieurs formaient extérieurement des bosselures. Dans les bassinets et les calices il y avait de chaque côté plusieurs petits calculs ovoïdes, légèrement aplatis.

L'intestin grêle ne présentait rien de particulier et l'anse autrefois étranglée n'était plus reconnaissable.

Le malade a été emporté par infection ascendante urétéro-pyélorénale, terminaison fréquente de la mise en communication des voies urinaires avec l'intestin, mais l'inflammation du gros intestin et les résorptions toxiques à la surface de la muqueuse enflammée ont contribué sans aucun doute à provoquer la cachexie rapide.

Les reins étaient d'ailleurs bien préparés à cette infection, et peut-être même existait-elle déjà à un certain degré avant la fistule. La dilatation des bassinets et des calices était sans doute an-

cienne déjà; les calculs nombreux qui occupaient les bassinets et les calices n'ont pu se former dans le temps très court qui s'est écoulé entre l'établissement de cette fistulè et la mort, et d'ailleurs la plupart d'entre eux, très durs et formés d'acide urique, ne ressemblent en rien aux calculs secondaires.

La valeur fonctionnelle des deux reins devait être de longtemps extrêmement réduite. Ces constatations ne montrent que trop le peu de chances de succès d'une intervention entreprise au moment où nous avons observé le malade.

La fistule résulte manifestement de la propagation du cancer du côlon pelvien à la vessie, et, bien entendu, la hernie étranglée et la kélotomie sont hors de cause. Il y a là seulement une coïncidence tout à fait singulière.

Je me félicite de m'être abstenu, dans les conditions défavorables où se trouvait le sujet; mais en supposant un malade un peu plus résistant et plus jeune, il n'aurait pas été impossible de pratiquer l'extirpation du cancer intestinal peu volumineux, abordable, de réséquer le fragment de vessie où siégeait la fistule autour de laquelle le néoplasme n'adhérait que dans une faible étendue et d'extraire le calcul vésical.

OBSERVATION XXIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Fistule colo-vésicale. — Anus cæcal. — Guérison opératoire.

M^{me} M..., 53 ans, nous est adressée par notre honoré collègue, M. le Docteur Monod.

Elle présente des troubles urinaires consistant essentiellement en fréquence des besoins avec élimination d'urines boueuses contenant des matières fécales.

Le diagnostic de fistule colo-vésicale par cancer ne paraît pas devoir faire de doute.

Le 23 juillet 1913 nous pratiquons un anus cæcal qui amène une sédation très marquée des accidents.

La mort est survenue plusieurs mois après.

OBSERVATION XXIV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Epithélioma du rectum. — Anus iliaque.

Fistule vésico-rectale. — Mort.

X..., 63 ans, présente un cancer inextirpable du rectum, pour lequel nous pratiquons une colostomie iliaque gauche.

Tout paraît tout d'abord marcher régulièrement lorsque, vers le dixième jour, le sujet évacue brusquement, dans la nuit, des gaz par l'urètre tandis qu'il émet une urine boueuse.

La mort survient assez brusquement d'ailleurs au vingtième jour, alors que le patient se préparait à rentrer chez lui.

FISTULES VESICO-INTESTINALES TUBERCULEUSES

Les fistules vésico-intestinales tuberculeuses sont très rares. Il s'agit le plus souvent de tuberculose des trompes et du rectum propagée à la vessie. Cette propagation a été démontrée expérimentalement par Cuturie, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1910.

Pascal, dans sa thèse, en cite 6 observations, dont 4 ne sont pas probantes.

Reh rapporte une observation de tuberculose iléo-cæcale, avec perforation vésicale, chez une jeune fille de 17 ans. Après laparotomie médiane sous-ombilicale, il a disséqué la masse iléo-cæcale de la vessie, a suturé le pertuis vésical et a fait une résection iléo-cæco-colique très étendue.

La malade a guéri, malgré la gravité de l'intervention.

Chevassu décrit un cas de fistule vésico-sigmoïdienne bacillaire, opérée par la voie transvésicale, qui a guéri.

Une fistule vésico-intestinale tuberculeuse comporte un pronostic très grave. La communication, suite d'une bacillose des trompes ou du rectum, s'accompagne le plus souvent de lésions des autres organes (tuberculose pulmonaire, abcès froids, orchi-épididymite) et d'un état général déficient.

On ne pourra, dans ce cas, avoir recours qu'à un traitement médical, qui amènera quelquefois une amélioration, rarement une guérison.

Mais si l'état général n'est pas trop atteint, on pourra, avec des chances de succès, essayer un traitement chirurgical curatif.

On confirme le diagnostic par une cystoscopie et une cystographie.

Si la fistule est basse, on opère par la voie transvésicale. Si elle est haut située, par la voie transpéritonéale.

Après laparotomie, on cherche l'orifice intestinal. Si on le trouve facilement, on le suture au fil de lin. S'il y a une grande zone d'adhérence et s'il est difficile à repérer, on ne s'en occupe pas et on apporte ses soins à fermer l'orifice vésical, dont on a avivé les bords.

On laisse un tube coudé dans la vessie et on le retire vers le onzième jour.

On soigne en même temps l'état général du malade : soins d'hygiène, piqûres de cacodylate de soude.

La méthode de l'étincelage par la voie naturelle, peut parfois rendre des services en créant du tissu cicatriciel oblitérant autour de l'orifice vésical, qui peut ainsi se rétrécir progressivement et même s'obstruer.

OBSERVATION XXV.

(In PASCAL, obs. CLXIII. — I. M. FLANNER, *The Hospital Gazette and Archives of clinical surgery*, New-York, t. IV, 1878, p. 24-26.)

Un cas de fistule vésico-intestinale consécutive à une péritonite tuberculeuse.

Homme nègre, 26 ans, se plaint surtout de la toux; d'autres symptômes thoraciques indiquent la phtisie pulmonaire. Grâce au traitement général, son état s'améliore considérablement et il peut remplir ses devoirs de concierge dans un hôtel.

En automne 1877, il vint chez moi, se plaignant d'un malaise et d'une douleur abdominale, accompagnés surtout de vomissements, de constipation, de diarrhée. Il était faible, amaigri, sans appétit; l'abdomen était sensible à la pression; à travers les parois abdominales amincies, on sentait les glandes mésentériques agrandies. Sa toux avait disparu.

C'était le passage de la tuberculose du poumon à l'abdomen. Le malade allait de pis en pis et dut garder sa chambre à partir du 5 décembre 1877.

Le 9 janvier 1878, il me dit que son urine avait quelque chose de bizarre. Elle était épaisse et sentait mauvais; il était obligé d'uriner souvent et rendait toujours un peu. Encore pendant ma visite, il sentit le besoin d'uriner, et quand il me rapporta le liquide émis, je fus frappé de son odeur fécale. Je l'examinai et j'y trouvai une à deux onces de matière demi-liquide, décidément fécale.

Quinze à vingt minutes après cela, il urina de nouveau. Le vase avait été préalablement nettoyé, et maintenant je me convainquis *de visu* qu'il rendait des fèces avec l'urine. Après avoir uriné, le malade se coucha, tourmenté, à ce qu'il disait, par un ténésme vésical insupportable.

Pendant la miction, j'avais remarqué que le jet était interrompu de temps en temps et qu'à ce moment une quantité d'air sortait de l'urètre avec un bruit caractéristique.

Dans les fèces rendues récemment avec l'urine, je trouvai des débris de fruits qu'il avait mangés quelques heures auparavant.

Je lui donnai une dose de sulfate de morphine. Quant à la nature du symptôme, il n'y avait aucun doute. Une inflammation s'était développée dans son abdomen; elle fut suivie d'agglutination de la vessie et de quelque portion de l'intestin, puis de leur perforation.

Le malade, traité seulement par les opiacés, fut vu par les Docteurs Méans, Tefit et autres; tous ont observé le passage des fèces par l'urètre.

Naturellement, je m'attendais toujours à la péritonite ou à autre chose grave. Mais aucun nouveau symptôme, pas même l'exacerbation, ne vinrent. Le malade mourut, le 26 janvier, d'épuisement.

Autopsie. — Amaigrissement notable. Epiploon adhère fortement aux intestins, et ceux-ci sont agglutinés tellement qu'on ne peut pas les séparer. Le fond de la vessie est tout à fait perforé par l'ulcération.

La péritonite englobe aussi une grande partie de l'iléon, du côlon descendant et ascendant. La cavité décrite communique aussi avec l'urètre et le rectum, comme le prouve le passage de la sonde mélangée avec les fèces et les tissus gangrenés. Epiploon et péritoine parsemés de dépôts tuberculeux, foie et reins sains; poumons ne furent pas examinés.

OBSERVATION XXVI.

(Obs. XXXVIII, Docteur CHEVASSU, in GHOULA-HOURL.)

Envoyé par M. le Docteur Braun à M. le Docteur Chevassu avec le diagnostic de fistule recto-vésicale.

Antécédents personnels. — Elle a eu, depuis dix-sept ans, des lésions anales et rectales bacillaires, lesquelles ont progressivement transformé sa région anale en un véritable clapier.

En avril 1926, a été opérée à Broca, où on essaye d'extirper toutes ses lésions périanales. Elle présentait malheureusement, au niveau de l'ampoule, des ulcérations étendues pour lesquelles on lui fit, dans le service du Docteur Bensaude, des séances de diathermie.

Pleurésie non ponctionnée; bronchites fréquentes l'hiver; fièvre muqueuse; très anémique; règles à 12 ans, irrégulières ou retard, peu abondantes, douloureuses; pertes blanches très abondantes; pas de fausse couche.

Antécédents consanguins. — Un frère tué pendant la guerre; une sœur morte à 4 ans de méningite; frère vivant actuellement, scoliose; père, vieux toussueur, mort des poumons; mère également sujette aux bronchites, synovite de la radio-carpienne opérée à Lisieux en 1923.

Histoire de la malade. — En septembre 1926, consulte à Broca pour de la pneumaturie et pour des émissions intermittentes de rubans de matières fécales par son urètre.

Ces matières et gaz sont accompagnés de phénomènes de cystite : pollakiurie; douleur à la fin de la miction; douleurs vésicales; urines troubles; matières et gaz par les fistules; fistules suintant par intermittence.

Rien du côté du vagin.

Cystoscopie du 1^{er} décembre 1926 (M. Péribère). Examen au cystoscope d'exploration : urines troubles; capacité, 300 centicubes.

Vessie rouge au niveau de la face antérieure à l'union du bas-fond et de la face postérieure un peu à droite de la ligne médiane.

On voit des plis profonds, allant de gauche à droite et convergeant vers une zone obscure irrégulière bordée par des lèvres en saillie. Ce doit être la région de la fistule.

Les orifices urétéraux, dont le droit est le plus rapproché de cette zone, semblent normaux.

2 décembre 1926 (M. Chevassu) : Sonde 14 entre dans la fente n° 2 et pénètre à 4 centimètres. Elle retire un liquide d'aspect urinaire trouble. Impossible de rien sentir par toucher rectal, sténose anale.

Poumons : sommet droit, craquements, souffle expiratoire léger; sommet gauche, craquements, râles ronflants.

Cœur normal.

Urée sanguine : 0,41.

Radioscopie, radiographie, après injection de la vessie, puis du rectum, au collargol, montrent un trajet fistuleux vésico-colique. On ne peut voir quels sont les rapports de cette fistule avec l'utérus.

Le 17 décembre 1926 : Suture par voie transvésicale.

Suites opératoires : Pouls bon, normal.

Sonde coudée à demeure.

Le 19 décembre 1926 : Température élevée; facies pâle, fatigué.

On maintient la malade constipée.

Le 31 décembre 1926 : Douleur brusque de tout le membre inférieur, surtout au pied, au mollet et au pli inguinal, irradiant à tout le membre; douleur lancinante; mouvements spontanés douloureux; douleur à la palpation.

Examen : Palpation douloureuse; mouvements douloureux; pas d'œdème.

Le 5 janvier 1927 : Matières fécales viennent de la sonde à demeure au moment du lavage vésical.

Lavage à l'eau distillée. Au cours d'une défécation, les matières passent dans la vessie et en ressortent par la sonde.

Le 9 janvier 1927 : Urines et eau de lavage plus propres.

Le 11 janvier 1927 : Cystoscopie. Dans le fond de la vessie, on aperçoit un trou. La suture n'a pas tenu intégralement, mais le deuxième plan paraît avoir tenu.

Le 25 janvier 1927 : Ablation de la sonde hypogastrique. La malade urine immédiatement par l'urètre. ♀

Le 3 février 1927 : Légère ascension thermique à 38°3. La malade, à ce moment, souffre de contractions vésicales.

Le 8 février 1927 : Cystoscopie montre la zone de sutures entre les deux orifices urétéraux.

On continue les lavages de vessie, d'abord au nitrate d'argent, puis, après, on fait des instillations d'huile goménolée qu'elle garde pendant deux heures.

Le 8 février 1927 : Date de la cystoscopie; la malade ne souffre plus.

Le 10 février 1927 : On pèse la malade, 50 kg. 200.

Le 13 décembre, elle pesait 49 kg. 700.

De ce jour on commence une série de 12 piqûres de cacodylate de soude.

Le 14 février 1927 : Bon état général; la malade ne souffre pas.

Miction : fréquence, jour 3-4 fois; la nuit 1 fois. Urines claires, aucune douleur à la miction.

Radio du 14 février 1927 : Pour voir l'état de son gros intestin, la malade a pris un repas à la baryte.

A l'orthodiagramme : Vessie vide et vessie pleine.

On constate, dans la fosse iliaque gauche, à 3 centimètres de la ligne médiane, à 5 centimètres au-dessus d'une ligne joignant les épines iliaques antéro-supérieures, un étranglement de l'anse sigmoïde, et qui paraît fixé par des adhérences.

En résumé, malade qui a fait des accidents bacillaires au niveau de son gros intestin, probablement au point de départ génital.

Etablissement d'une fistule vésico-sigmoïdienne qui a été fermée simplement par la voie transvésicale.

La malade a été revue en novembre 1927.

L'état général est considérablement amélioré. Elle a engraisé et se dit bien portante.

Ses urines sont claires. Mais la malade ressent de temps en temps de légères douleurs vésicales. Une cystoscopie faite montre un petit calcul gros comme une lentille.

L'examen clinique montre qu'il était constitué par des matières fécales.

FISTULES VESICO-INTESTINALES SYPHILITIQUES

Les fistules vésico-intestinales d'origine syphilitique sont rares.

Il est certain qu'il peut se produire, chez un syphilitique, une communication vésico-intestinale d'étiologies diverses (néoplasiques, inflammatoires), mais les observations de fistules d'origine vraiment syphilitique sont peu nombreuses.

Dans une clinique de l'hôpital Saint-André, Lanelongue [66] a décrit le cas d'une femme qui avait présenté dans ses antécédents un prolapsus suite de couches et des signes évidents de syphilis. Elle avait une fistule vésico-rectale syphilitique due sans doute à l'ouverture d'une gomme suppurée sous-péritonéale du petit bassin dans la vessie et le rectum. Traitée par des lavages vésicaux à l'eau boricuée tiède et une médication antisypilitique mixte, elle a complètement guéri.

Küthe [65], en 1889, a rapporté le cas d'un malade qu'il avait suivi pendant sept ans.

Pierre Delbet [35] a cité l'observation d'une fistule vésico-rectale syphilitique qui a parfaitement guéri par le traitement spécifique et celle d'une fistule vésico-colique qui n'a été qu'améliorée par la médication antisypilitique.

Picot [90] a relaté un cas de fistule à la suite de syphilis vésicale et urétrale. Le traitement spécifique, commencé, a été interrompu à cause d'accidents syncopaux et n'a pas pu faire ses preuves.

En 1923, Blanc et Negro [13] ont rapporté une observation de fistule vésico-intestinale syphilitique. Cette observation, que le Docteur Blanc a eu l'obligeance de nous communiquer,

est très complète. Elle est accompagnée des données de la cystoscopie, de clichés cystographiques. Cette malade, qui avait déjà subi un traitement spécifique, reçoit deux séries de biiodure de Hg. On l'envoie ensuite à la campagne et on lui prescrit du sirop de Gibert et de l'élixir Déret. Elle suit enfin un traitement bismuthé et guérit complètement.

Dans la thèse de Leymarie [72] (Bordeaux, 1927), nous relevons une observation très intéressante due à l'obligeance du Professeur Duvergey, il s'agit d'une fistule vésico-intestinale d'origine syphilitique qui guérit en deux mois par un traitement spécifique.

Quand le traitement antisyphilitique ne donne pas de résultat, on peut, quand l'orifice vésical est haut situé et lorsque la fistule est étroite et directe, essayer la méthode de l'étingelage par la voie naturelle.

Cette méthode, jointe au traitement spécifique, est susceptible d'amener des guérisons.

OBSERVATION XXVII.

(LANELONGUE, de Bordeaux [clinique de l'hôpital Saint-André].)

Fistule vésico-rectale chez une femme.

Femme, 32 ans. Deux grossesses, prolapsus utérin presque complet amenant le museau de tanche au niveau de l'orifice vaginal; rien autre du côté des organes génitaux. Après sa deuxième grossesse, signes évidents de syphilis (alopécie subite et abondante, ulcérations buccales multiples, ulcération arrondie sur l'épaule). A cette époque, douleurs vésicales très fortes avec fréquence et pyurie; guérison avec lavages boricués. En août 1889, il y a six mois, douleur hypogastrique, constipation et rétention d'urine avec fièvre et vomissements, indiquant un certain degré de réaction péritonéale pendant une semaine. Puis, brusque détente avec rejet d'urines troubles, épaisses, purulentes, et accompagnées de gaz; et en même temps, par l'anus, liquide purulent très épais. Même accident un mois et demi après.

Depuis lors, chaque miction s'accompagne de gaz et quelquefois de matières fécales et la défécation d'une certaine quantité d'urine. Le besoin d'uriner s'accompagne toujours du désir d'aller à la garde-robe.

Examen : Au palper hypogastrique, empâtement profond, impossible à délimiter. Au toucher vaginal, prolapsus utérin incomplet, mais irréductible; dans le cul-de-sac postérieur, masse empâtée, immobile, que l'on trouve aussi par le toucher rectal. A 5 centimètres au-dessus de l'anus, rétrécissement annulaire de 1 centimètre de hauteur, peu épais, très souple. A son niveau, sur la paroi antérieure du rectum, zone indurée. On ne perçoit pas, au toucher, d'orifice fistuleux.

Examen par injection vésicale avec de l'eau, puis avec du lait, demeure négatif du côté du rectum; par contre, quand on sonde la malade, l'issue de l'urine est suivie de l'émission de gaz nombreux et fétides.

Nous avons affaire à une fistule recto-vésicale, qui a pu se créer, ici, l'utérus n'étant plus à sa place. La cause est la syphilis; il s'agirait donc d'une gomme suppurée sous-péritonéale du petit bassin ouverte à la fois dans la vessie et dans le rectum.

On institue le traitement suivant : lavages vésicaux à l'eau boriquée tiède et médication antisypilitique mixte. Au bout de quelques semaines, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXVIII (Résumée).

(P. DELBET, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1903, p. 347, t. XXII.)

Fistule vésico-intestinale syphilitique. Amélioration.

Malade qui présentait de la pneumaturie et chez qui les matières fécales passaient en partie par la vessie.

On avait pratiqué à deux reprises la taille hypogastrique et la suture de l'orifice vésical, la première fois au catgut, la deuxième fois au crin de Florence. On n'avait trouvé ni le trajet, ni l'orifice intestinal.

Catgut et crins avaient lâché, et il persistait, en plus, un méat hypogastrique, par où passaient gaz et matières.

Intervention. — On place une sonde-béquille n° 19 par l'urètre. On ferme le méat hypogastrique. Après laparotomie, on libère le côlon et on suture l'orifice intestinal, puis l'orifice vésical.

Suites. — La sonde à demeure ne fonctionnant pas, l'urine filtrant par le méat hypogastrique suturé, on rouvre celui-ci et on enlève la sonde. Pendant treize jours, pas d'élévation de la température.

Le quatorzième, élévation de la température; pus et matières passent par la cicatrice abdominale.

Quelques jours après l'opération, le malade avait présenté une tuméfaction peu sensible dans la région du cordon à droite, au voisinage de l'orifice externe du canal inguinal. La peau, d'abord rouge, était devenue oedémateuse, et l'oedème s'étendait jusqu'aux bourses.

Le malade ayant présenté à l'âge de 19 ans un chancre Σ mal soigné est soumis à un traitement spécifique (injections d'huile biiodurée de Panas). La tuméfaction disparaît. Elle était donc de nature Σ , et cette origine explique l'accident survenu le quatorzième jour après l'opération.

En définitive, une partie des matières et des gaz passe par la plaie abdominale, mais la plus grande partie passe par l'anus.

Les urines passent par la verge. Elles n'ont d'ailleurs jamais passé par la plaie abdominale ni par l'anus. Il y a donc eu amélioration, mais non guérison.

OBSERVATION XXIX.

(G. PICOT, *Journal d'urologie*, 1912, t. II.)

Un cas de syphilis vésicale et urétrale.

P... (Edouard), 53 ans, facteur, entre à Necker, salle Velpeau, le 22 avril 1911.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler.

Il dit n'avoir eu ni chancre, ni blennorrhagie.

Pas de coliques néphrétiques. N'a jamais pissé de sang.

En 1904, sans cause, apparaissent des troubles vésicaux : douleurs en urinant, fréquence des mictions et pyurie. On lui ordonne des boissons abondantes et des capsules de térébenthine. Pas d'amélioration

En 1906, va consulter à Lille; on lui découvre un calcul vésical gros comme une petite noix. On pratique une lithotritie; la pierre était, paraît-il, friable.

Lavages au nitrate d'argent et à l'eau boricuée. Les urines restent très troubles. Les douleurs vésicales et la fréquence des mictions persistent.

A la fin de 1907, il est pris de diarrhée abondante. Il a la certitude qu'il rend par l'anus une partie de ses urines. La quantité des urines émises par la verge diminue de moitié, les phénomènes de cystite deviennent très intenses (20 mictions dans la nuit). En observant ses urines, il y constate la présence de petites masses brunâtres.

En 1908, P... est de nouveau hospitalisé à Lille. On découvre un autre calcul, nouvelle lithotritie.

Huit à dix jours après, mouvement fébrile. On diagnostique une pyélonéphrite. Urines très troubles. Après plusieurs semaines de régime lacté et d'urotropine, la fièvre disparaît, mais les urines restent purulentes.

Depuis l'opération les troubles vésicaux ne se sont pas amendés, la diarrhée augmente et, la miction se faisant moitié par l'anus, moitié par la verge, le malade peut recueillir ses urines dans deux vases à la fois.

En février 1911, il retourne à Lille. Mais la cystoscopie et l'injection de lait dans la vessie ne dénotent pas de communication entre la vessie et le rectum.

A ce moment on lui trouve un rétrécissement de l'urètre; cependant, aucune des deux lithotrities n'a été suivie d'hémorragie par le canal. On met les troubles vésicaux sur le compte du rétrécissement et on pratique une série de dilatations.

Pas d'amélioration. P... vient consulter à Necker.

Les urines sont troubles et contiennent de gros amas purulents et de petits fragments de matières fécales.

Il urine sept à huit fois dans la journée. Mais quelques gouttes seulement passent par le méat. Le reste passe par l'anús.

Dans la nuit, il urine deux fois. Quand il est couché, la moitié des urines passe par le méat.

Examen. — Urètre : Calibre 24. La boule de l'explorateur relève cinq ou six ressauts dans le méat, le plus antérieur à 2 centimètres du méat, le plus postérieur à 16 centimètres.

Longueur de l'urètre, 18 centimètres.

Testicules normaux, prostate régulière, légèrement hypertrophiée.

Urétroscopie : Urètre antérieur sain. A 13 centimètres du méat, le tube 52 est arrêté par un rétrécissement. Les parois du canal à ce niveau sont formées par de grosses saillies pâles et dures.

Le tube 48 pénètre dans la région rétrécie.

Rectoscopie : Résultat négatif; pas d'orifice fistuleux.

Cystoscopie (le 10 février). — Nettoyage de la vessie difficile.

Pas de spasme, bonne capacité. On introduit 200 centimètres cubes de liquide.

Trigone : Pus en grumeaux, très épais.

Orifice urétéral gauche : visible, béant, bords paraissant indurés.

Orifice urétéral droit : recouvert de flocons purulents.

Au-dessus de cet orifice, dans la région postérieure droite de la vessie, le bouton du cystoscope étant à 10 heures et l'instrument enfoncé au maximum, on découvre un gros moule purulent inséré sur la vessie. Cette insertion est nette, on a l'impression qu'il émerge d'une ouverture. On glisse une sonde urétérale le long du pédicule, mais cette manœuvre désagrége la masse purulente et trouble le milieu vésical.

Nouvelle cystoscopie trois jours après. Sous l'influence d'une contraction, le liquide est rendu par le rectum. On réinjecte lentement.

La région du trigone est rouge et enflammée.

Orifice urétéral droit. — Arrondi, large, béant. Un peu au-dessus de cet orifice, le bouton étant à 8 heures, la paroi vésicale se présente sous la forme de grosses saillies entrecoupées de sillons longitudinaux sur lesquels se branchent d'autres sillons plus fins.

Orifice urétéral gauche. — Allongé transversalement, entouré de muqueuse pâle. Au-dessus et au-dessous, petites plaques irrégulières, plus rouges, entourées d'une sorte de halo; les bords sont irréguliers et un peu polycycliques.

Au-dessus de cette région, le cystoscope étant à 3 heures, nombreuses ulcérations paraissant peu profondes; leur bord est irrégulier, polycyclique, leur fond rouge à la périphérie, plus pâle au centre : ces éléments ont l'aspect de *syphilides ulcéreuses*.

Partie postérieure de la vessie. — Le cystoscope étant enfoncé au maximum, la partie droite de la vessie présente le même aspect parqueté que celui qui a été décrit au-dessus de l'uretère droit.

Au milieu des saillies, dans un creux, on découvre la fistule. C'est un orifice irrégulier, dont les bords sont taillés à pic. Il paraît avoir les dimensions d'une plume d'oie. Au-devant de l'orifice, flottent deux corps étrangers noirâtres (débris de matières fécales).

La fistule occupe exactement le point où se trouvait l'insertion du moule purulent constaté à la cystoscopie précédente.

La partie supérieure de la vessie est occupée par de petites masses tuberculeuses, les unes agglomérées, les autres isolées; elles sont légèrement ulcérées à leur sommet.

A la *partie postérieure gauche* de la vessie, en un point où les formations précédentes font défaut, on aperçoit un gros vaisseau variqueux.

La constatation d'éléments papulo-ulcéreux et d'une fistule dont les bords sont taillés à pic éveille l'idée de syphilis.

On pratique une réaction de Wassermann, qui est nettement positive.

On prescrit 20 injections sous-cutanées de biiodure de Hg.

A la douzième, le malade se sent mieux. Le volume des urines rendus par la verge a doublé, la diarrhée a diminué, mais elle n'est pas tarie et les urines sont toujours troubles.

Le 30 mai, nouvelle cystoscopie : l'orifice de la fistule est encore plus net que précédemment.

Le 3 juin, après la vingtième piqûre de biiodure, on pratique un examen cystoscopique :

L'orifice fistuleux est plus petit, plus arrondi, les éléments tuber-

culeux de la partie supérieure de la vessie ne sont plus ulcérés. Les ulcérations de la partie gauche de la vessie et du pourtour de l'orifice urétéral gauche ont disparu.

On fait au malade deux injections d'arsénobenzol à quinze jours d'intervalle. La première injection produit une diminution de la cystite, mais la fistule ne s'est pas oblitérée, car, de temps en temps, l'urine contient encore des fragments de matières fécales et elle s'écoule encore par l'anus, quoique en moindre abondance.

La deuxième injection est suivie d'accidents syncopaux. On abandonne la méthode et on propose au malade d'intervenir chirurgicalement. Il refuse.

Depuis, il a trois ou quatre débâcles urinaires par l'anus dans les vingt-quatre heures. Les urines sont de nouveau purulentes et les phénomènes de cystite ont de nouveau réapparu.

OBSERVATION XXX.

(H. BLANC et M. NEGRO, *A propos d'un cas de syphilis vésicale*
(Fistule vésico-intestinale), *Journal d'urologie*,
t. XIX, n° 6, juin 1925.)

(Travail du Service Civile, Hôpital Lariboisière.)

T..., 37 ans, ménagère, entre salle Lailler, lit n° 4, le 26 décembre 1923, pour des douleurs dans la région sacrée et des phénomènes de cystite. Ceux-ci existent depuis cinq mois. Elle urine actuellement sept ou huit fois par jour et trois fois la nuit : les urines sont troubles et assez colorées. La malade n'a jamais présenté d'hématuries. Les reins ne sont ni perçus ni douloureux, à la palpation ou spontanément.

La malade, notablement amaigrie, est traitée depuis plusieurs années pour syphilis. L'année dernière, elle a eu un abcès froid thoracique de nature mal déterminée.

Elle attire notre attention sur un symptôme important : depuis environ six mois, elle émet des gaz par l'urètre et, parfois, des grumeaux purulents et noirâtres.

Nous pratiquons une cystoscopie : le cystoscope est refoulé à droi-

te et en haut et on constate, dans la région urétérale gauche et au-dessus, *un œdème considérable* qui empêche tout diagnostic précis.

Au toucher vaginal, il existe une masse latérale gauche adhérente au plancher vésical. Cette masse se prolonge en bas et en arrière sous forme d'une induration latéro-vaginale. Au toucher rectal, on trouve à gauche une saillie conique antérieure paraissant faire corps avec la vessie.

Nous pratiquons alors une cystographie en deux temps. La vessie est remplie avec une solution de bromure de sodium à 10 p. 100. Lorsqu'on commence à injecter le liquide, la malade ne peut le retenir et urine à travers la sonde. En insistant, on peut injecter 240 centicubes de liquide sans que la malade éprouve un besoin intense d'uriner. Mais elle éprouve, par contre, le besoin d'aller à la selle. On prend à ce moment un premier cliché cystographique. Immédiatement après, la vessie est complètement vidée avec la sonde. Malgré la vacuité de la vessie, la malade persiste à éprouver le besoin d'aller à la selle. La sonde vésicale étant alors retirée, on prend un second cliché cystographique. Aussitôt après, la malade évacue par le rectum le liquide bromuré (à noter qu'à la suite de l'injection de ce liquide, la malade n'a éprouvé aucun phénomène du côté de la vessie ni du rectum).

Si on examine les deux clichés cystographiques, nous voyons sur le premier (Fig. 2) une vessie non régulière, grossièrement piri-forme, avec un bord droit presque rectiligne, la base allongée transversalement, à contours nettement limités. La partie supérieure s'allonge sous forme d'un cône déjeté à gauche et présente deux petites fusées, l'une supérieure nettement arrondie, l'autre inférieure d'aspect frangé. Du bord inférieur de la vessie part une ombre régulièrement arrondie, qu'on dirait exister sur un second plan.

Sur le deuxième cliché, à vessie vide (Fig. 3), on ne voit plus trace de la vessie, qui est seulement représentée par la stagnation d'un peu de liquide qui apparaît sous forme d'une barre transversale, opaque à la partie inférieure. Par contre, on aperçoit nettement un boyau présentant quatre courbures, de calibre à peu près régulier. Les parties supérieures et inférieures de ce boyau, qui n'est autre

que le rectum rempli de liquide opaque, correspondent aux deux proéminences signalées sur le premier cliché.

Les contours du rectum sont parfaitement nets, depuis l'anus jusqu'à l'anse sigmoïde. Il s'agit donc bien d'une *fistule vésico-intestinale*, et nous pensons vraisemblablement à un néoplasme intestinal ouvert dans la vessie. Mais en présence de la spécificité de cette femme, nous jugeons plus prudent, pour éliminer une lésion syphilitique possible, de faire un traitement.

Il faut noter que la malade, dont le début de la syphilis remonte à 1918, avait reçu déjà quatre séries de douze piqûres de biiodure d'Hg à 0 g. 01, plus deux séries de néosalvarsan, qui ont rendu le Wassermann négatif. Enfin, elle a reçu, en avril 1923, quinze piqûres de Muthanol et, à ce moment-là, la réaction de B.-W. donnait H⁵. Nous faisons alors deux nouvelles séries de biiodure d'Hg.

La malade ressent d'abord une amélioration de l'état général, ses urines paraissent devenir plus claires (elle prend de l'urotropine), elle dit même que la pneumaturie diminue et devient intermittente. Il persiste d'ailleurs des phénomènes de cystite. Nous avons donc l'espoir qu'il peut s'agir de lésions spécifiques, et nous pratiquons une seconde cystographie en deux temps.

L'aspect des cystogrammes a considérablement varié, et il semble qu'on puisse suivre sur le cliché l'amélioration qui s'est manifestée cliniquement. De l'image rectale primitive, il ne reste qu'un petit trajet, très réduit, dont on semble voir le point d'abouchement dans la vessie.

A la cystoscopie, l'œdème paraît avoir diminué. Il persiste au niveau de la paroi supéro-latérale gauche des *plis et circonvolutions cérébriiformes, avec végétations fongueuses*, au milieu desquelles se trouve une dépression, dont on n'aperçoit pas le fond et qui doit être le point d'origine de la fistule.

Considérant que nous sommes sur la voie de la guérison, nous envoyons la malade à la campagne pour trois mois, afin de remonter complètement son état général, et nous lui prescrivons du sirop de Gibert et de l'élixir Déret. Au début d'octobre 1924, la malade revient nous voir : elle est complètement transformée. Elle a engraisé de plusieurs kilogrammes, présente une mine superbe et

nous dit sa joie de n'avoir plus aucun symptôme vésical : elle n'a plus de phénomènes de cystite, elle n'a plus de pneumaturie, ses urines sont claires, paraît-il. Au toucher vaginal, la masse latérale perçue autrefois n'existe plus. Par contre, la malade nous signale que depuis quelque temps elle présente un petit abcès, au niveau d'une côte. A l'examen, nous trouvons une tumeur gommeuse, fistulisée, de la grosseur d'une prune.

Nous pratiquons une nouvelle cystoscopie : la vessie a augmenté considérablement de capacité et permet un examen plus approfondi. Au niveau de la paroi supéro-latérale gauche, on aperçoit encore de l'œdème bulleux. Nous pratiquons alors une troisième cystographie en deux temps et *cette fois elle est entièrement négative* : aucune partie du liquide n'est passé dans le rectum, qui est invisible sur le cliché. La vessie a repris à peu près sa forme normale.

Le diagnostic de syphilis vésicale est ainsi confirmé pour le plus grand bonheur de la malade. Nous l'envoyons à l'Hôpital Saint-Louis suivre un traitement bismuthique. Nous venons de revoir la malade, six mois après, avec un très bon état général, ne présentant plus de phénomènes vésicaux. La cystoscopie que nous avons faite nous a montré, à l'endroit où siégeait auparavant la fistule, une dépression de la paroi vésicale dont les bords sont irréguliers, par résorption des bourgeons inflammatoires que nous avons constatés autrefois.

OBSERVATION XXXI.

(Professeur DUVERGEY, in thèse de LEYMARIE, Obs. CLIX.)

Mme L..., âgée de 45 ans, me consulte, car elle perd des matières fécales et des gaz par la vessie (en novembre 1924).

Les troubles remontent à cinq ou six mois; des analyses d'urine relèvent des déchets alimentaires très nets.

Pas de maladie. Sa mère a perdu des enfants à leur naissance. Elle-même est chétive.

L'exploration de l'abdomen ne révèle rien d'anormal, pas plus que les touchers vaginal et rectal. Mictions fréquentes, abondantes. Dans le bocal d'urine : deux litres d'urines sales, fécaloïdes, avec la hau-

teur d'une main de produits fécaloïdes. La malade va à la selle régulièrement.

De nombreux lavages vésicaux ont été effectués. A la cystoscopie, au niveau de la paroi postérieure droite, on voit sourdre, d'un véritable cul-de-sac entouré de plis rayonnés multiples, des matières fécales, qui troublent le milieu intravésical. Le reste de la vessie est sain.

La fistule entéro-vésicale porte sur le grêle. Rien par ailleurs.

Wassermann positif.

Traitement spécifique (biiodure, puis cyanure de mercure, iodure de potassium). Injections de sulfarsénol.

Au bout d'un mois, amélioration : les mictions restent huit à dix jours normales, sans matières fécales.

Deux mois après le début du traitement, guérison.

La cystoscopie montre, en avril 1926, une cicatrice entourée de plis rayonnés. Rien ne passe. La guérison s'est maintenue en 1926.

FISTULES VESICO-INTESTINALES ACTINOMYCOSIQUES

Dans quelques cas exceptionnels, l'actinomycose peut donner naissance à des fistules vésico-intestinales. Elles ont été étudiées dans la thèse de Michailoff [77] (Lyon, 1899).

L'auteur rapporte deux observations de fistules recto-vésicales, actinomycosiques.

L'observation de fistule appendiculo-vésicale actinomycosique qu'il décrit entre dans le cadre des fistules appendiculo-vésicales banales.

L'actinomycose appendiculaire se traduit d'abord par des signes d'entérite ou de réaction péritonéale. Elle peut évoluer aussi lentement comme un néoplasme. Quand la fistule est créée, on trouve dans les urines, un pus chargé de grains jaunes.

TRAITEMENT. — La médication iodurée aux doses quotidiennes de 4 grammes, puis 6, 8 et 10 grammes d'iodure de potassium, pourra être faite pendant quelques semaines. Elle peut donner de très bons résultats. Si cette médication est inactive, on fera un traitement chirurgical. Il faudra y adjoindre des prescriptions d'hygiène, une médication tonique et reconstituante, des cures d'air.

OBSERVATION XXXII.

(AMMENTROP [2], in thèse MICHAÏLOFF.)

*Actinomycose de l'appendice vermiciforme ayant envahi la vessie :
fistule vésico-appendiculaire.*

Homme, 35 ans, profession de laboureur, a été reçu à l'hôpital de Copenhague le 5 mai 1888 pour une actinomycose de l'appendice vermiciforme avec perforation. Il est mort dix jours après, le 15 mars 1888.

A l'autopsie, on a retrouvé des abcès dans le tissu cellulaire rétro-cæcal, dans les muscles, dans le tissu cellulaire du bassin.

L'uretère droit a été atteint par le processus actinomycosique. On voyait aussi la vessie envahie et perforée par le même processus.

FISTULES VESICO - INTESTINALES A LA SUITE D'UNE ULCERATION INFECTIEUSE OU PARASITAIRE DE L'IN- TESTIN.

Nous comprenons sous ce titre les fistules établies au cours de la fièvre typhoïde et de la dysenterie.

Il n'y a dans toute la littérature médicale qu'un cas de fistule vésico-intestinale due à la typhoïde : c'est celui d'Innes; il a été suivi de mort.

Les fistules vésico-intestinales dues à la dysenterie seraient, au dire des auteurs, plus fréquentes. Pascal, dans sa thèse, en cite 6 observations. Mais, en réalité, aucun argument clinique, thérapeutique ou nécropsique n'atteste l'origine amibienne de la fistule.

Levison rapporte un cas plus probant. La fistule s'est établie chez un homme ayant des amibes dans les selles, un gros foie et un état général altéré.

La guérison fut obtenue au bout d'un an, après une cæcostomie.

OBSERVATION XXXIII.

(A. INNES, *Medical Press and circulus*, 1896.)

Une complication unique de la fièvre typhoïde.

Fistule vésico-intestinale.

M. W..., femme, tomba malade au mois d'août 1894.

Diarrhée, fièvre. La courbe de température pendant six jours me permit de porter le diagnostic d'une fièvre typhoïde.

Pendant toute la maladie, il n'y eut pas de taches rosées.

La maladie était d'une sévérité moyenne. Comme complication, il n'y avait qu'une bronchite peu intense. La température fut prise par moi tous les jours, dans les troisième et quatrième semaines, deux fois par jour.

Dans ces deux semaines, elle oscillait entre 102°6 F. et 104. Une fois seulement elle était de 105° F., mais, le lendemain, la quinine et les enveloppements froids la firent tomber.

Le vingt-neuvième jour, la température redevint normale et la malade semblait être guérie. Cet état persista pendant cinq jours. Le traitement fut cependant maintenu (naphtol, bromure, sirop d'ammoniaque, alcool, lait). L'urine, examinée de temps en temps, ne contenait ni sucre ni albumine.

Le sixième jour, récidive. La température normale (jusqu'à la fin de la maladie 102, 105°6). La diarrhée revient.

Naphtol β huit jours après le début de la récidive; pleurésie gauche avec épanchement modéré. Digitale, strychnine. Le poulx devient cependant très petit et parfois irrégulier; on perçoit aussi un murmure systolique mitral avec signes de dilatation du cœur. Dans la nuit elle délire; l'état général laisse beaucoup à désirer et, dans la dernière semaine, il y a un peu d'hémorragie intestinale.

Mais juste avant cela, le pied et la jambe gauche deviennent gonflés, à cause d'un thrombus fémoral facile à sentir. La jambe droite présente le même symptôme trois jours après. Le cœur va mal, malgré stimulants cardiaques et l'alcool.

Le vingt-deuxième jour de la récidive, je fus appelé immédiatement auprès d'elle; elle était presque mourante. Collapsus. Température au-dessous de la normale, poulx extrêmement faible. Elle avait été prise d'une douleur subite dans le ventre et de vomissements. Un peu de morphine la soulagea, mais en peu d'heures l'abdomen devint très distendu et douloureux. On lui donna de la glace à avaler et on la nourrit par lavement alimentaire.

A ma surprise la mort ne vint pas immédiatement et la malade lutta encore pendant six jours. Dans ce temps-là, des escarres se formèrent sur son sacrum, elle était en demi-délire jour et nuit. Morphine à doses petites et répétées. Lait et alcool par cuillerées à café.

Le quatrième jour de cet état, les urines contenaient des fèces. La

miction causait à la malade des douleurs; des fèces et des gaz passaient abondamment par l'urètre.

Mort cinq jours après.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXIV.

(In GHOUILA-HOURI, obs. XLIII. — Ch. G. LEVISON, *The Military Surgeon*, t. XXX, n° 5, mai 1912.)

Fistule entéro-vésicale d'origine amibienne.

Histoire. — Un marin, âgé de 38 ans, antérieurement atteint, en 1900, d'une fièvre typhoïde non suivie de complications, est pris brusquement, en 1909, d'une douleur dans la région hypogastrique, sans fièvre ni trouble dans les urines; quinze jours après, il souffre, en allant à la selle, de violentes coliques, et, peu après, s'évanouit à la suite d'une violente sensation de rupture dans le flanc gauche. C'est alors qu'il entre à l'hôpital.

Dans les jours qui suivent, la douleur persiste à gauche, les urines sont chargées de pus et la fièvre s'est installée. Puis, l'on constate l'émission de matières et de gaz par l'urètre.

Examen : Une masse existe, au niveau du côlon sigmoïde, que l'on retrouve par le toucher, au côté gauche du rectum, douloureuse à la pression.

La cystoscopie montre, d'autre part, l'existence d'un orifice, au niveau de la partie supérieure de la vessie répondant à la tuméfaction; les bords en sont oedématiés et hyperémiés.

L'examen des matières révèle la présence d'amibes, de formes mobiles enkystées.

L'état général du malade est grave; le foie grossit à vue d'œil; la température est élevée, le pouls fréquent et faible.

Diagnostic. — Fistule entéro-vésicale d'origine amibienne et probablement due à l'évolution d'une diverticulite.

Opération. — L'état du malade s'opposant à une laparotomie, on pratique la cœcostomie. A la suite, on administre des lavages par le rectum et par l'anus artificiel,

Suites opératoires. — Un mois après, la fistule persistait encore, mais l'état général s'était déjà beaucoup amélioré. Six mois après, les urines sont redevenues parfaitement claires et la vessie se montre absolument saine; le malade a beaucoup engraisé et les matières ne contiennent plus d'amibes; le foie a d'ailleurs beaucoup diminué de volume.

On décide donc de fermer l'anus artificiel : on y procède par résection et anastomose latérale, on résèque en même temps l'appendice, que l'on trouve tuméfié et que l'examen ultérieur montre d'ailleurs dénué d'amibes.

Un an après la guérison est complète. Ce cas est intéressant par sa rareté et son heureuse terminaison.

CONCLUSIONS

I. — Les fistules vésico-intestinales spontanées sont des affections rares.

II. — Une fistule vésico-intestinale est constituée par deux orifices et un trajet.

Les orifices sont uniques ou multiples.

Le trajet est inexistant (fistules directes) ou plus ou moins long (fistules indirectes) et peut alors comporter l'existence de valvules d'une cavité intermédiaire, formée parfois aux dépens d'un troisième organe.

III. — Les trois grands symptômes d'une fistule vésico-intestinale sont : la pneumaturie, la fécalurie et le passage de l'urine dans l'intestin.

Seule la fécalurie est vraiment pathognomonique.

IV. — L'étude des fistules vésico-intestinales a considérablement bénéficié des moyens d'exploration actuelle :

La cystoscopie;

La cystographie;

La radiographie et la radioscopie après injection de liquide opaque dans l'orifice fistuleux vésical, après lavement opaque et après repas opaque.

Une analyse d'urine devra être faite.

Des moyens d'investigation permettent de mesurer la résistance du malade :

Azotémie sanguine, constante d'Ambard et tension artérielle.

V. — Les fistules appendiculo-vésicales guérissent ordinairement après l'appendicectomie à froid avec ou sans suture de l'orifice vésical. Il y a quelques cas de guérison spontanée.

VI. — Les fistules suites de suppurations pelviennes aiguës guérissent également bien après laparotomie médiane sous-ombilicale avec hystérectomie et Mickulicz.

VII. — Les fistules diverticulo-vésicales sont radicalement traitées par la suppression de la fistule avec ou sans colostomie préalable.

VIII. — Une fistule vésico-intestinale néoplasique est une contre-indication à l'intervention. Tout au plus se bornera-t-on à un traitement palliatif. Il faudra cependant faire une laparotomie exploratrice pour voir si l'on n'est pas en présence d'une fistule diverticulaire.

IX. — Dans les fistules vésico-intestinales tuberculeuses, on peut intervenir après laparotomie médiane ou par voie trans-vésicale avec quelques chances de succès.

X. — Les fistules syphilitiques, actinomycosiques et dysentériques demandent à être traitées par des moyens spécifiques.

XI. — La méthode de l'étincelage par voie naturelle peut parfois rendre des services en créant du tissu cicatriciel oblitérant autour de l'orifice vésical, qui peut ainsi se rétrécir progressivement et même s'oblitérer.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président,
F. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 2 décembre 1929.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLAN (A.-P.). — *Brit. med. Journ.*, London, 1900.
2. AMMENTROP. — Fistule vésico-appendiculaire. *Centralb. chirurgia.*, Leipzig, 1894, n° 44.
3. APPUHN. — Contribution à l'étude des complications de l'appendicite. Thèse Nancy, 1903.
4. AUCHÉ. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886-1887, p. 82.
5. BAINBRIDGE. — *Gaz. méd. de Paris*, 1861, p. 93.
6. BALDWIN. — *Brooklyn Med. Journ.*, 1891.
7. BALLENGER et SMITH. — Ileo-recto-vesical fistula, probably of luetic origin. *South M. J. Normingham*, 1923, XVI, p. 532-534.
8. BARBIER de MELLE. — Observation d'un cas de fistule vésico-intestinale. Paris, Montpellier, 1843.
9. BAZY. — Absès pelviens ouverts dans la vessie. *Rev. de gynéc. chir.*, Paris, juin, 1898, n° 3, p. 441.
10. BEACH. — Un cas de tumeur pelvienne formée par un diverticule de Meckel calcifié, unissant l'iléon et la vessie. *Annals of Surgery*, 1896, t. II, p. 484-487.
11. BILLAUT. — Les perforations vésicales d'origine appendiculaire. Thèse Bordeaux, 1929.
12. BLANC et NEGRO. — La cystographie. Etude de la vessie normale et pathologique.
13. — A propos d'un cas de syphilis vésicale (Fistule vésico-intestinale). *Journ. d'urol.*, t. XIX, n° 6, juin 1925), p. 513-520.
14. BLANQUINÈ. — Etude des fistules vésico-intestinales. Thèse Paris, 1870.

15. BOEHM et DEAN. — Sigmoido-vesical fistula report of 2 cases.
Amer. Journ. Urol., N. Y., 1912, VIII, p. 474-482.
16. BOIFFIN. — Typhlite avec pus par la vessie et le rectum. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1891.
17. BOURSIER. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1885-1886, p. 443.
18. BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1826.
19. BROCA. — Soc. anat. de Paris, t. XXIII, p. 143.
20. BRYAN. — Sigmoido-vesical fistula report of a case. *Amer. Surg.*, Phila., 1916, LXIII, p. 353-363.
21. BUREAU et PASQUEREAU. — Fistule vésico-intestinale. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1909, 25. XXVII, p. 608-611.
22. CADWALLADER. — A permanent appendicular vesico-cæcal fistula. *J. Am. M. A. Ass. Chicago*, 1909, LII, p. 1107.
23. CAILLET. — Les complications vésicales au cours de l'appendicite. Thèse Paris, 1911-1912.
24. CERNÉ. — Fistule vésico-intestinale, sutures intra-abdominales. Guérison. *Normandie médicale*, Rouen, 1906, XXI, p. 183-187.
25. CHAVANNAZ. — Des fistules vésico-intestinales chez l'homme. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897, p. 1176-1199 et 1287-1321; 1898, p. 85-101 et 203-230.
26. CHEVASSU. — *Journ. d'urol.*, 1917-1918.
27. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1920.
28. — Thèse de Gourevitch, 1921.
29. CHUTE. — Two cases of vesico-intestinal fistula, due to diverticulitis of the sigmoid. *Tr. Amer. Assoc. genito-urin. Surg. N. Y.*, 1911, VI, p. 86-98.
30. CUNNINGHAM. — Recto-vesical and entero-vesical fistulae. *Surg. gynec. et obst.*, Chicago, 1915, XXI, p. 510-518.
31. DAMIEN-MASSON. — Complications vésicales dans l'appendicite. Thèse Paris, 1898, n° 35.
32. DAVAT. — Symptômes de pérityphlite chronique. Phlegmon péri-utérin ouvert momentanément dans l'utérus, le cæcum, la vessie. Analysé in *Bull. et mém. de la Soc d'anat. de Paris*, 1873, p. 377.
33. DAVRINCHE et PETIT. — *Echo Médical du Nord*, Lille, 1904.
34. DELAGÉNIÈRE. — Congrès chirurgie, 1897.

35. DELBET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1903, t. XXII, p. 317.
36. DODD (J.-K.). — *Brit. Med. Journ.*, London, 1900.
37. DOGGET. — Vesico-intestinal fistula, report of a case and results. *Boston Med. et S. J.*, 1921, CLXXXV, p. 22-25.
38. DORÉ. — *Assoc. franç. d'urol.*, 1923.
39. DOUGLAS-SUTTON. — Fistules vésico-sigmoïdiennes *Surg. gyn. and. obst.*, 1921, t. XXXII, n° 4, p. 318-327, Rapporté dans *Journ. de chir.*, 1921, t. II, p. 315.
40. DUPLAY. — Des fistules vésico-intestinales. *Med. Mod.*, Paris, 1899.
41. — La clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1900.
42. DUVAL. — Fistule vésico-colique. Intervention. Guérison. *Normandie médicale*, Rouen, 1922, XXXIII, p. 174.
43. EDEL. — *Virch. Arch. Bd.*, CXXXVIII, 1899.
44. FELTZ et ROUSSEL. — Chylurie et fistule vésico-intestinale. *Rev. des mal. de la nutrition*, Paris, 1905, III, p. 468-470.
45. FRANCIS-HEUSTON. — *Brit. Med. Journ.*, 1894, p. 405.
46. GARNET-WRIGHT. — *Proceedings of the Royal Society of Med.*, London, 1932.
47. GOODE. — Case of abcess forming a fistulous opening between the bowel and the bladder. *Brit. Med. Journ.*, t. II, 1864, p. 488.
48. GHOUILA- HOURI. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales. Thèse Paris, 1927.
49. GRASSER. — *Zentralbl. f. chir. Bd.*, XXIX.
50. GRAVITZ. — *Virch. Arch. Bd.*, LXVIII.
51. GUIARD. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, t. I, p. 262.
52. GUYON. — *Leçons cliniques*, 3° éd., t. I, p. 608-617.
53. GUYONNEAU. — Des troubles de l'appareil urinaire dans le cours de l'appendicite. Thèse Bordeaux, 1912.
54. HALLÉ. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1892.
55. HANNES. — *Zentralbl. f. gyn.*, Leipzig, 1907.
56. HARTMANN. — Fistule double faisant communiquer le côlon et la vessie, puis la vessie et le vagin. Fermeture de la fistule intestino-vésicale, puis de la fistule vésico-vagi-

- nale. Guérison. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1906, t. XXXII, p. 939.
57. HARTMANN et RAYMOND. — *Assoc. franç. d'urol.*, 1897.
58. HAUSEMANN. — *Virch. Arch. Bd.*, CXLIV.
59. HEDDENS (J.-W.). — The discovery of a new and positive method of making a diagnosis in cases where a communication exists between the alimentary and urinary tracts, with the reports of a case illustrating same. *Med. Herald Saint-Joseph*, 1915, XXXIV, p. 153-156.
60. HEINE (W.). — *Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harm. u. Sex. org.*, Leipzig, 1904.
61. HERCZEL. — *Pester Mediz. Chir. Presse*, 1890.
63. INNES (A.). — *Medical Press and circulus*, 1896.
63. JACOBS. — Vesico-intestinal fistula. *Califor. State J. M.*, San Fran., 1921, XIX, p. 18-21.
64. JACOMET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 696.
65. KÜTHE. — *Nederlandsche Tijdschrift Geneskunde*, Amsterdam, 1889.
66. LANELONGUE. — Clinique de l'hôpital Saint-André.
67. LE DENTU. — *Soc. de Chir.*, 1884.
68. — *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 342.
69. LEGUEU. — Le traitement rationnel de la fistule intestino-vésicale. *Journ. d'urol. méd. et chir. de Paris*, 1923, XV, p. 474-477.
70. — *Traité chirurgical d'urologie*, p. 1205.
71. LEVISON. — Entero-vesical fistula of amebic origin. *The Military surgeon*, 1912, p. 584-589.
72. LEYMARIE. — La vessie chez les syphilitiques. Thèse Bordeaux, 1926-1927.
73. LICHTENSTEIN. — In *Ziemmsen's Handbüch der Spoz. Path. u. Ther. Bd.*, VII, p. 461.
74. LIVINGSTONE-DONALD. — Cas de colotomie pour fistule recto-vésicale avec rétrécissement du rectum. Colpotomie, colectomie et enterorrhaphie circulaire. *Brit. Med. Journ.*, London, 1902.

75. MAC-HAY. — Vesico-intestinal fistulae. *J. Missouri Ass.*, Saint-Louis, 1920, XVII, p. 489-491.
76. MARION. — Traité d'urologie, t. I, p. 531.
77. MICHAÏLOFF. — Actinomycose des voies urinaires. Thèse Lyon, 1899.
78. MICHEL et GRASS. — Fistule appendiculo-vésicale. *C. R. et mém. de la Soc. de méd. de Nancy*, 1902-1903, p. 192-195.
79. MORESTIN. — Fistule vésico-intestinale consécutive à un cancer du côlon pelvien. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1908, XXXIV, p. 778-781.
80. MORISSON. — Trans. of the path. Soc. of London, t. XXX.
81. NEGRO et BLANC. — Cistografia et pneumaturia. Estratto dagli Atti del III Congresso della Società Italiana di Urologia, 1925.
82. NORDENTORFT. — Fistula entero-vesicalis and tuberkuls Tarm-tumor, I. S. *Romanum Tarmrescktion Hosp. Tid. Kbonh*, 1907, 4, R, XV, p. 1357-1359.
83. PARHAM et HUME. — Vesico intestinal fistulae. *Am. Surg. Philae*, 1909, I, p. 251-286.
84. PASCAL. — Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et chez la femme. Thèse Paris, 1899-1900.
85. PERRUCCI. — Fistola vesico-intestinale guarita senza intervento chirurgico. *Bull. de Soc. med. di Bologna*, 1924, 10, S, 11, p. 352.
86. PERRIN. — *Gaz. Méd. de Paris*, 1872.
87. PERSON. — Contribution à l'étude des fistules appendiculo-vésicales. Thèse Paris, 1905-1906.
88. PETERSON. — After history of a patient with a inoperable vesico-vaginal fistula where the rectal was substituted for the vesical sphincter. *J. Mich. M. Soc. Grand Rapids*, 1917, XVI, p. 232.
89. PIARD. — Des suppurations dans l'appendicite. Thèse Paris, 1896.
90. PICOT. — Un cas de syphilis vésicale et urétrale. *Journ. d'uro.*, 1912, t. II.
91. PILCHER. — Ileo-vesical and appendico-vesical fistulae compli-

- cated by stone in the bladder. *Amer. Journ. urol.*, N. Y., 1912, VIII, p. 367-369.
92. POUSSON. — *Arch. prov. de chirurg.*, 1894.
93. POUSSON et DESNOS. — *Encyclopédie française d'Urologie*, t. IV, p. 714-722 (D^r Oraison).
94. PRICE (W.). — *Brit. med. journ.*, 1863, I, p. 419.
95. PRISTAVESCO. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, Paris, 1912, II, p. 321-366.
96. PUTEGNAT. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1876, p. 467.
97. ROCHER. — De l'appendicite infantile à forme pelvienne et iléo-pelvienne. *Arch. gén. de méd.*, 1906.
98. ROCHET. — Chirurgie de l'urètre, de la vessie et de la prostate.
99. ROOT. — *Bost. med. and surg. journ.*, 1867-1868, p. 14.
100. ROTTER. — *Arch. für Klin. chir.*, 1885, p. 889.
101. SANSON. — Des moyens de parvenir à la vessie par le rectum.
102. SBRAZZI. — Un caso di fistula vesico-intestina secondaria a fiasalpinge. *Policlin.*, Roma, 1925, XXXII, p. 314-318.
103. SCHENCKIUS. — *Observationum medicarum formus unus*, Frankfurt, 1600.
104. SCHIFFMANN. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales chez la femme. *Zeitschrift für urol. chir.*, t. XVIII, fasc. 1-2, 1925, p. 23-28. Analysé in *Journ. de chir.*, t. XXVIII, n° 1, 1926, juillet, p. 77-78.
105. SCHWYZER (A.). — Diverticulitis of sigmoid discharging concretions into urinary bladder. *Surg. clin. N. Am. Phila.*, 1923, III, p. 1454-1456.
106. SEDILLOT. — Phlegmon appendiculaire. Fistules vésicales, intestinales et abdominales. *Ann. de chir. franç. et étrang.*, 1841, p. 305.
107. SEIPPEL. — Inaug. Diss., Zurich, 1895.
108. SHERRILL. — Unusual case of fistula entero-vesico-abdominal. *Kentucky M. J. Bowling Green*, 1915, XIII, p. 282-284.
109. STONE. — Perforation of the uretrary bladder by an appendical abcess. *Ann. of Surg.*, Philadelphie, 1904, p. 265.
110. SUDSUKI. — *Arch. f. Klin. chir. Bd.*, LXI.

111. SWINGHEDAuw. — Les diverticulites du gros intestin et leur traitement chirurgical. *Journ. de chir.*, t. XXVIII, n° 1, juill. 1926, p. 28-30.
112. SYDNEY-JONES. — Path. Soc. Trans., London, t. X.
113. THOMSON. — Fermeture plastique des fistules vésico-intestinales par le col de l'utérus. *Zentrabl. f. Gynék.*, Leipzig, 1903, t. XXVII, p. 1498-1500.
114. THOREL. — Path. anat. des Verdaümgsstraktus Lubarsch, Ostertag, 1896.
115. TILLAUX. — Leçons de clinique chirurgicale, 1895-1897.
116. TISNÉ. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897.
117. TONTA. — Multiple Divertikel des Kolon. *Herhandlungen, der Naturforscher underzte zu München*, 1899.
118. TUFFIER et DUMONT. — *Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, 1898, p. 441.
119. TUFFIER et JALAGUIER. — *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, t. VI, p. 870.
120. VILLEMIN (de Nice). — Deux fistules vésico-intestinales traitées par l'étincelage. Guérison de l'une; amélioration de l'autre. *Journ. d'urol.*, t. XXIV, n° 3, nov. 1927. p. 458.
121. VLADOFF. — Absès appendiculaires ouverts dans la vessie. Thèse Lyon, 1898.
122. WALTHER. — Fistule intestino-vésicale. Guérison. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1903, t. XXIX, p. 314-324.
123. WARREN. — *Waren's Surg. Observ.*, 1867, p. 242.
124. WESTHOFF (A.). — Über eine Blasen Darmfistel und ihr cystoskopisches Bild. *Zentralbl. f. Gynék.*, Leipzig, 1907, XXXI, p. 1561-1564.
125. WILLIAMS (R.). — *Lancet*, 1881, p. 588.
126. WOLKOVITSCH. — *Monats chr. f. geb. u. gyn.*, Berlin, 1904, XX, p. 1253-1257.
127. ZUCKERKANDL. — *Wien, med. Press*, 1889.

